



Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie



Rapport annuel de gestion



2012-2013



CHUS – Hôpital Fleurimont

Rapport annuel de gestion Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke 2012-2013



CHUS – Hôtel-Dieu

TABLE DES MATIÈRES

1. Mot du président du conseil d'administration et de la directrice générale	7
2. Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents	9
3. Rapport de la direction.....	11
4. Présentation de l'établissement.....	13
4.1. Notre boussole, la mission du CHUS.....	13
4.2. Covoiturer, quelle bonne idée!.....	13
4.3. Les valeurs fondamentales	13
4.4. Le territoire desservi	14
4.5. Une équipe au service de la population	18
5. Activités de l'établissement 2012-2013	20
5.1. Les services offerts.....	20
5.2. Les priorités organisationnelles et les réalisations	23
5.3. L'examen des plaintes et à la promotion des droits des usagers	55
6. Les conseils et comités de l'établissement : faits saillants des rapports annuels.....	56
6.1. Le conseil d'administration	56
6.2. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	57
6.3. Le conseil des infirmières et infirmiers (CII).....	58
6.4. Le conseil multidisciplinaire (CM)	59
6.5. Le comité des usagers.....	59
6.6. Le comité de gouvernance et d'éthique	60
6.7. Le comité de vigilance et de la qualité.....	61
6.8. Le comité de gestion des risques.....	63
7. Les ressources humaines au 31 mars 2013	66
7.1. Les effectifs médicaux au 31 mars 2013	66
8. États financiers au 31 mars 2013 et analyse des résultats des opérations.....	67
8.1. État des résultats de tous les fonds au 31 mars 2013	67
8.2. État des résultats du fonds d'exploitation au 31 mars 2013	68
8.3. État des surplus (déficits) cumulés au 31 mars 2013.....	69
8.4. État de la situation financière au 31 mars 2013	70
8.5. État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) au 31 mars 2013	71
8.6. État des flux de trésorerie au 31 mars 2013	72
8.7. Intérêt économique dans un organisme.....	73
8.8. Rapport de l'auditeur indépendant	73
8.9. Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant	74
8.10. Le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements	78
8.11. Principales données opérationnelles	79
8.12. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	80
Annexe 1 – Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	81
Annexe 2 – Carte de la performance	97
Annexe 3 - Tableau de bord du conseil d'administration	101
Annexe 4 – Rapport de l'auditeur indépendant	151
Annexe 5 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	155

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

Nous sommes heureux de vous présenter le rapport annuel de gestion 2012-2013 du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Cette année fut essentiellement marquée par le début de notre planification stratégique 2012-2015. Sous le thème *Vers un CHUS plus performant et inspirant, à dimension humaine*, la communauté hospitalière a entrepris un voyage qui lui fera découvrir de nouveaux horizons, qui la mènera plus loin. Dans trois ans, lorsqu'il arrivera à destination, le CHUS aura connu des changements importants pour le bénéfice de la clientèle. Ainsi, la trajectoire patient aura été revue et sera devenue plus fluide.

Les réalisations de cette année s'inscrivent dans les objectifs en termes d'accessibilité, de qualité, de compétence et de performance. Pensons notamment à l'annonce officielle de la construction prochaine du Centre femme-jeunesse-famille, à l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, au début de l'agrandissement du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel ou à l'intégration du nouveau système de gestion basé sur la performance.

Nos réalisations et nos projets, nous les devons à nos employés, médecins, chercheurs, résidents, stagiaires et bénévoles. Grâce à leur engagement et leur soutien indéfectible, le CHUS se développe constamment, jouit d'une réputation fort enviable et, surtout, apporte des soins et services de grande qualité à une vaste population, qui atteint un million de personnes avec la desserte en soins surspécialisés.

En terminant, nous tenons à souligner la première année de mandat du nouveau conseil d'administration. Douze mois durant, ses membres et ses comités ont veillé à la bonne gouverne du CHUS. Leur attachement à notre établissement est d'une valeur inestimable.

Voici un bilan de plusieurs de nos réalisations 2012-2013, qui témoignent du dynamisme de nos équipes. Bonne lecture!



Jacques Fortier
Président du conseil d'administration



Patricia Gauthier
Directrice générale

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

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

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

À ma connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion 2012-2013 du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

La directrice générale,



Patricia Gauthier

3. RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

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

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

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



Patricia Gauthier
Directrice générale



Yvon Paris
Directeur des ressources financières et des
services techniques

4. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

4.1. Notre boussole, la mission du CHUS

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

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

4.2. Covoiturer, quelle bonne idée!

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

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

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

4.3. Les valeurs fondamentales

Le respect

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

L'écoute

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

L'esprit d'équipe

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

Le professionnalisme

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

La créativité

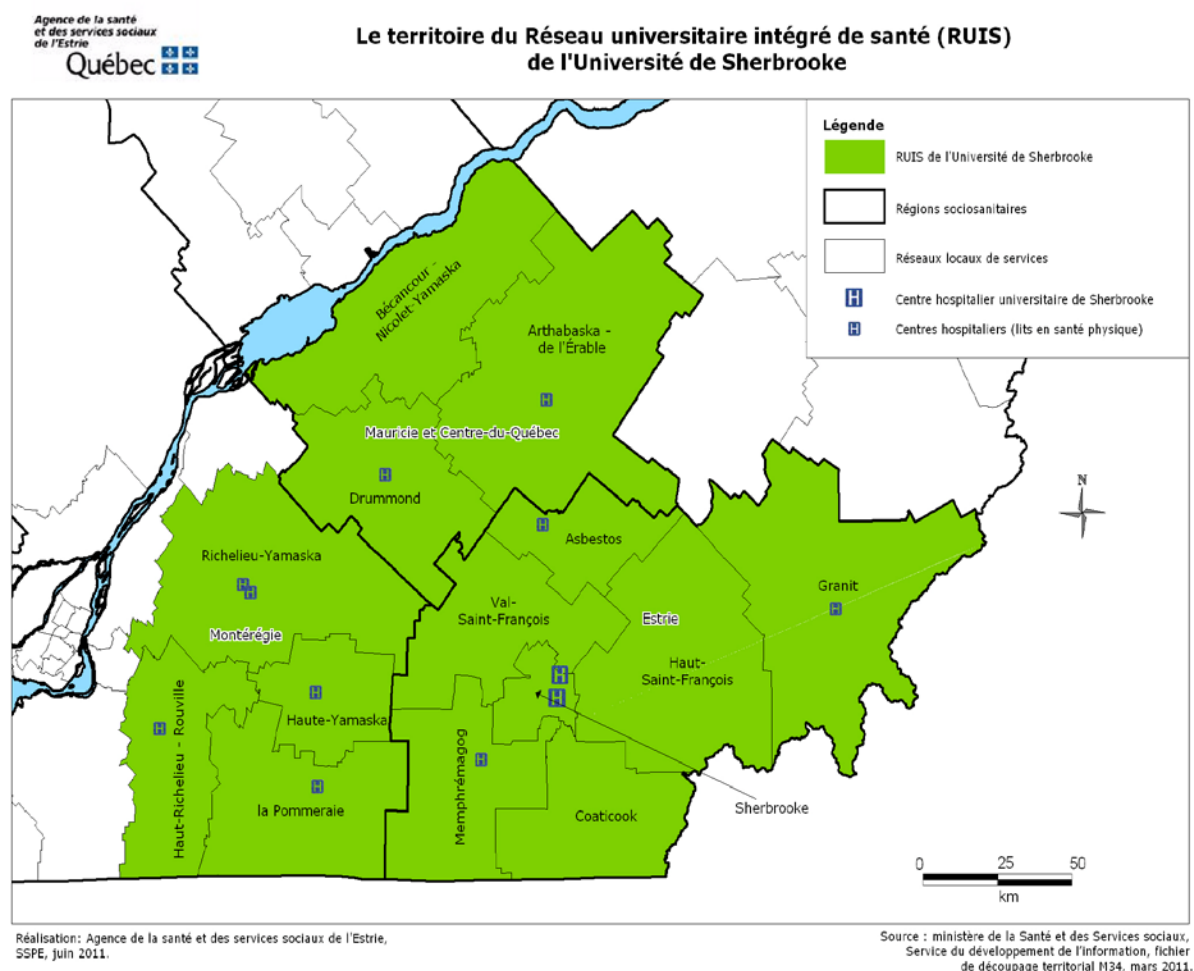
Au CHUS, nous sommes ouverts à explorer de nouvelles avenues pour relever les défis quotidiens et continuer de répondre aux besoins des patients.

4.4. Le territoire desservi

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

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

4.4.1. La population desservie – Estrie et RUIS



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

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

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

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

Source : 2011 à 2031

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

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

4.4.2. *Le profil de santé*

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

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

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

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

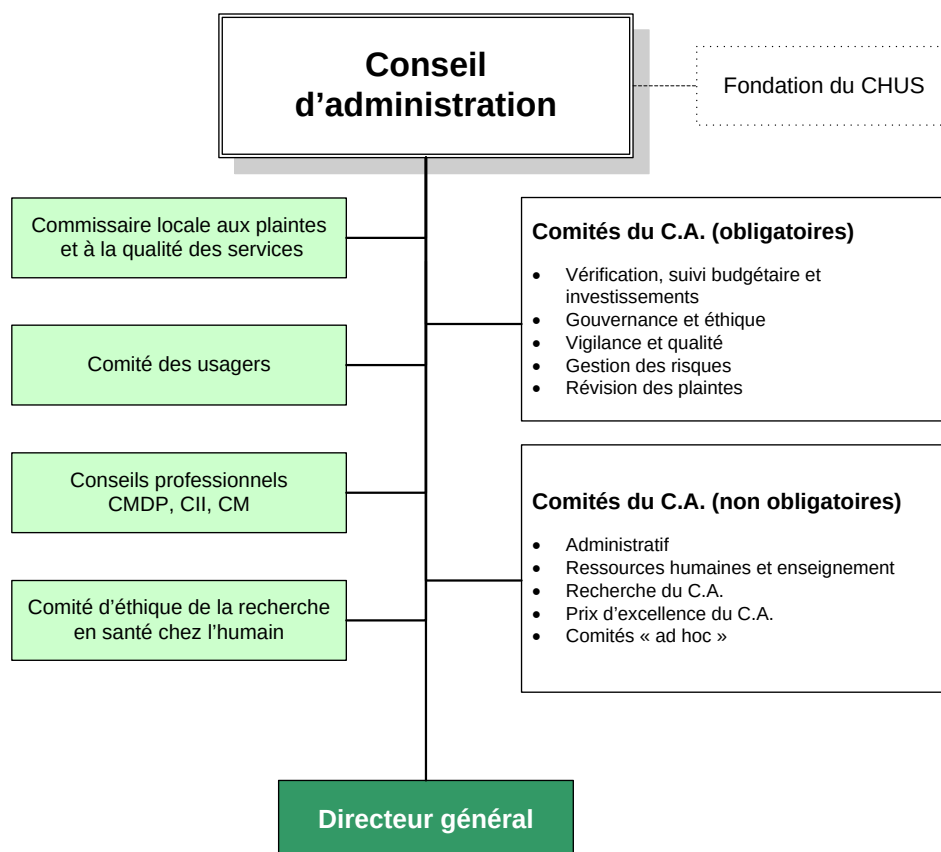
À souligner : l'Estrie se démarque toujours négativement du Québec au chapitre des traumatismes non intentionnels et de l'incidence de certaines maladies infectieuses. De fait, une plus forte proportion d'Estriens sont hospitalisés pour des chutes accidentelles et des accidents de la route. Également,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

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

http://www.santeestrie.qc.ca/sante_publicque/surveillance_sante_publicque_evaluation/portrait_region.php.

4.5. Une équipe au service de la population

4.5.1. Le conseil d'administration et la gouverne



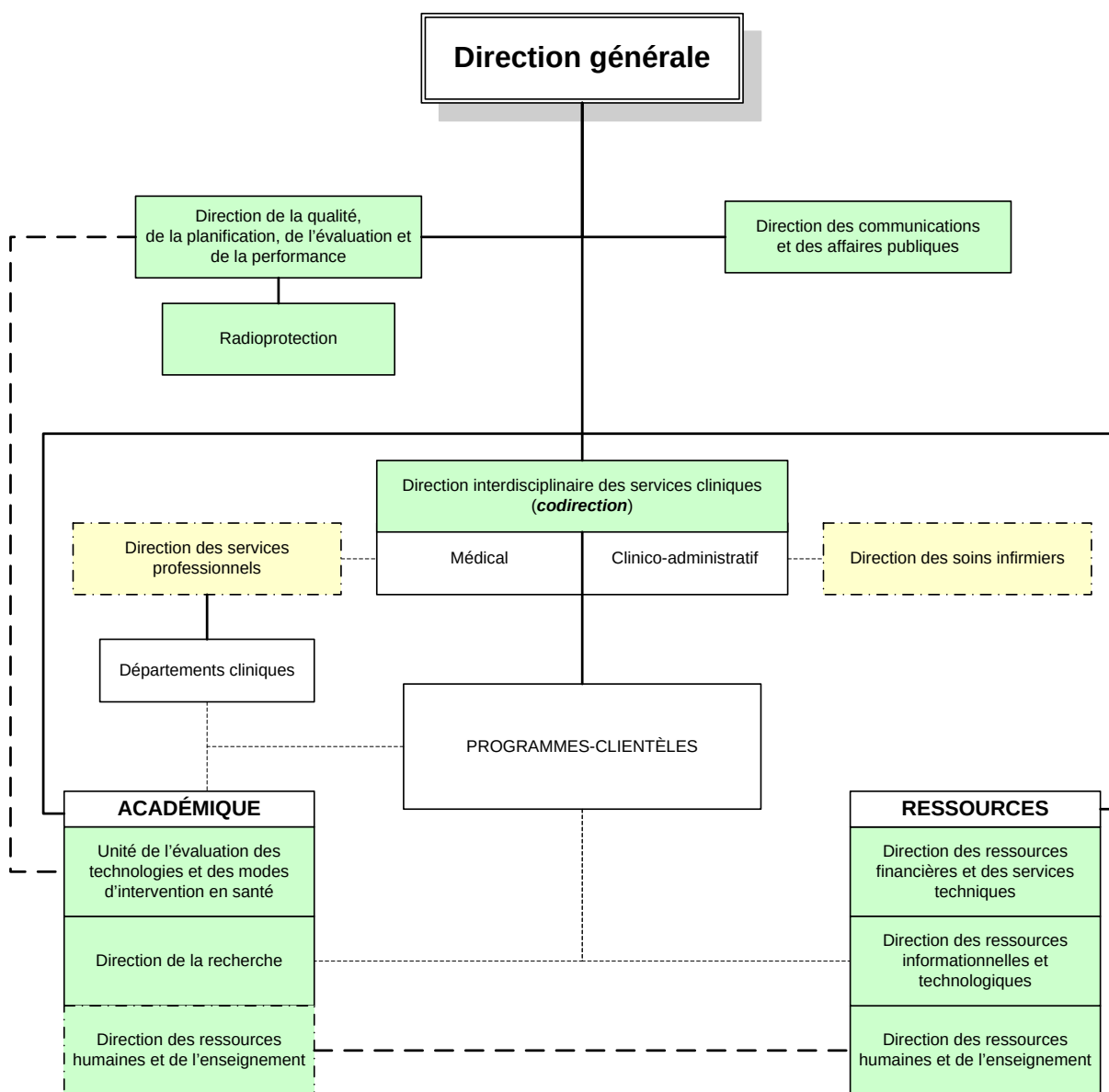
Le conseil d'administration a notamment pour fonctions de :

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

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

4.5.2. Les directions

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



5. ACTIVITES DE L'ETABLISSEMENT 2012-2013

5.1. Les services offerts

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

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

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

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

Quant aux départements cliniques, nous retrouvons :

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

5.1.1. Le nombre de lits

Le nombre de lits au permis au 31 mars 2013 est de 713, incluant 20 incubateurs en néonatalogie. La répartition de ces lits est la suivante :

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

5.1.2. Les secteurs de pointe

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

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

Le scalpel gamma : les lésions du cerveau opérées sans opération

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

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

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

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

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

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

Production de radioisotopes par cyclotron

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

Le dépistage des maladies génétiques : programme unique

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

Angiographie : des services uniques au CHUS

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

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

Le traitement de la douleur

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

Traitement chirurgical et médical de l'incontinence urinaire

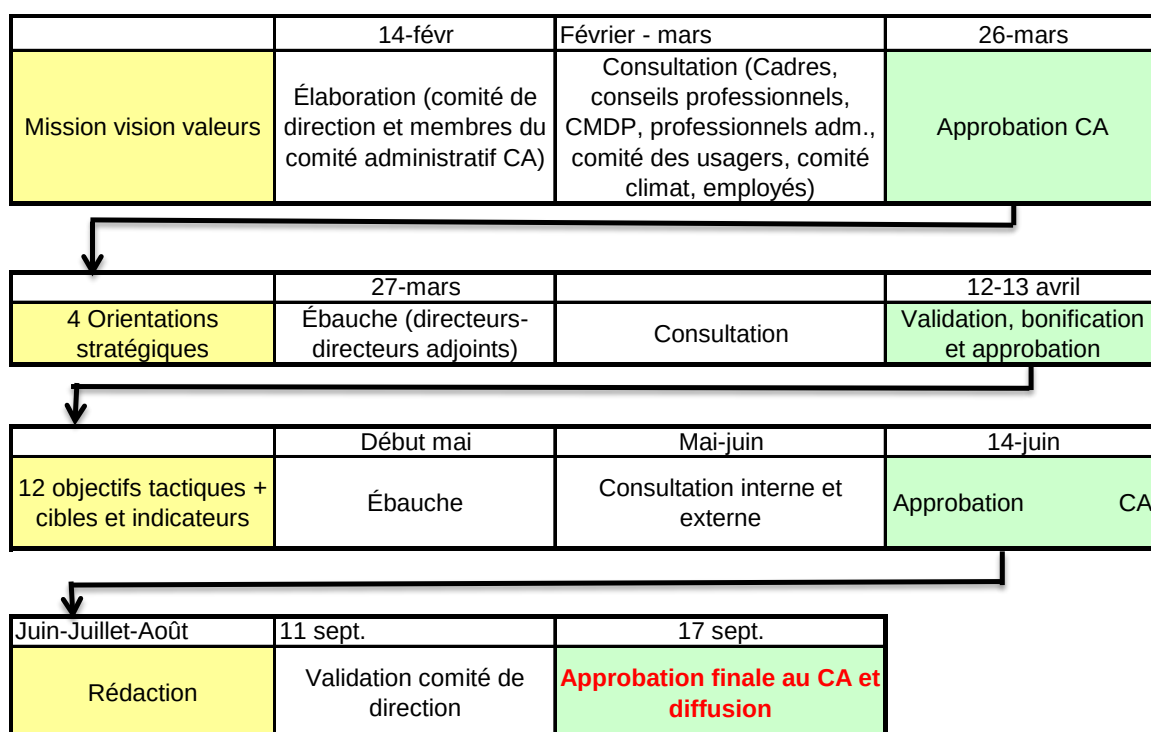
La clinique de dysfonction mictionnelle et du prolapsus pelvien aide les hommes, les femmes et les enfants à régler ces troubles de la santé qui peuvent avoir un effet dévastateur sur la qualité de vie. Et parce que les approches du CHUS sont uniques et basées sur l'utilisation des techniques les plus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

5.2. Les priorités organisationnelles et les réalisations

L'année 2012-2013 a été marquée par l'élaboration du plan stratégique 2012-2015, sa diffusion et la première année de sa mise en œuvre. Le présent document présente donc les réalisations à cet égard.

5.2.1. Le plan stratégique 2012-2015

Un nouveau processus d'élaboration du plan stratégique a été conçu. Tout en respectant la circulaire ministérielle « Plan stratégique pluriannuel d'un établissement de santé – 03-01-61-33 », nous visions un véritable changement de paradigmes. En effet, nous souhaitons nous centrer 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 étapes 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 étaient prévues à chaque phase :



Notre plan stratégique 2012-2015 est une invitation 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 est la boussole qui nous guide : 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 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 et des soins surspécialisés pour le Centre-du-Québec et une partie de la Montérégie, dans le cadre du RUIS de l'Université de Sherbrooke.

Les valeurs qui nous animent, notre code de la route, sont : le respect, l'écoute, le professionnalisme, l'esprit d'équipe et la créativité.

Une des principales stratégies qui nous permettra d'atteindre notre destination est le covoiturage : 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, les meilleures idées viennent souvent des gens sur le terrain qui connaissent bien les problématiques et nous faisons partie de vastes réseaux de partenaires sur qui nous pouvons compter.

Dans le paysage que nous traverserons, nous pourrions compter sur nos forces :

- l'engagement de tous les membres de la communauté hospitalière;
- notre intégration avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke;
- notre Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel et la Fondation du CHUS;
- nos ententes avec les partenaires de la santé, de l'éducation et du milieu socio-économique;
- notre taille : le plus petit des CHU, mais plus souple, à dimension humaine.

Par contre, de nombreux défis nous attendent, dont le vieillissement de la population et les maladies chroniques, qui mettent de la pression sur la demande de soins et services, les besoins énormes en technologie, surtout les technologies de l'information (mais c'est en même temps une opportunité!) et la rareté de la main-d'œuvre.

L'image qui suit illustre ce voyage. Notre plan stratégique complet est disponible sur notre site internet au www.chus.qc.ca. Les sections qui suivent présenteront les réalisations 2012-2013 pour chacune des quatre routes et leurs douze objectifs de même que les stratégies de covoiturage.





5.2.1.1. 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 niveau 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 :

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

Les travaux visant l'implantation du guide ministériel de gestion des rendez-vous à la centrale de rendez-vous ont permis d'atteindre les résultats suivants :

- progression de la satisfaction de la clientèle sur 3 ans : 76 % à 82 %;
- diminution de 50 % du nombre de plaintes;
- diminution de 28 % des appels entrants;
- augmentation de 7 % du nombre de rendez-vous attribués;
- augmentation des appels répondus : 66% à 70% à 76% à 89%;
- diminution du nombre de patients non présents à leur rendez-vous : de 15 % à 6 %;

Les efforts ont particulièrement porté sur deux spécialités, l'orthopédie et la gastroentérologie, considérant le nombre de patients en attente, soit plus de 5 000 pour chacune. Le projet vise, à terme, à augmenter le nombre de nouveaux cas vus en clinique externe, à rendre équitable l'accès à la population, à établir le délai d'attente raisonnable par pathologie, à améliorer la pertinence des demandes de consultation, à supporter et faciliter la prise en charge par les médecins de famille, et à 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 Département de médecine spécialisée, ont procédé à l'analyse détaillée des profils des clientèles et entrepris les travaux suivants visant à placer la pratique médicale au cœur d'une meilleure gestion de l'accessibilité dans ces spécialités :

- Épurier les listes d'attente;
 - o Phase 1 : mécanique (30 %);
 - o Phase 2 : ciblée (retour des requêtes vers la première ligne avec la conduite clinique à tenir);
- Identifier les pathologies et symptômes vus par les spécialistes;
- Identifier les pathologies et symptômes non vus et dirigés vers d'autres spécialités médicales ou professionnelles;
- Préparer des algorithmes cliniques pour le médecin de famille;
- Identifier les pathologies pour lesquelles le suivi sera fait par le médecin de famille;
- Revoir l'organisation du travail aux cliniques externes;
- Implanter des cliniques d'infiltration dans des GMF ciblées;

- Élaborer un plan de communication;
- Former et outiller les médecins de première ligne;
- Évaluer le projet et ses résultats par UETMIS;
- Définir une structure de suivi des indicateurs pour pérenniser la démarche.

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.

5.2.1.1.2. 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 année, les travaux ont particulièrement porté sur la hausse de 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. Des activités chirurgicales ont été décentralisées vers l'ambulatorio en ophtalmologie (chirurgie de la rétine) et des travaux sont en cours en orthopédie. Au total, 19 salles sont maintenant disponibles (9 HF et 10 HD). 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. L'embauche de deux monitrices cliniques responsables de la formation et du suivi au préceptorat, des modifications au devis d'intégration et la révision du cadre de référence pour l'orientation et l'évaluation des compétences du personnel 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. Notons que le taux de rétention de la trentaine de nouvelles embauches est de 70 %, ce qui est excellent dans un contexte de rareté des ressources.

Ces réalisations ont permis de hausser de 5,9 % le volume d'activité au bloc opératoire en réalisant 1 516 chirurgies de plus que l'an dernier. Voilà des actions aidant à diminuer la pression sur notre personnel et à réduire nos listes d'attente comme en témoigne le tableau ci-joint.

	2011-2012	2012-2013	Écart
Nombres de chirurgies totales	25 619	27 135	5,92%
Chirurgies d'un jour	10 916	11 855	8,61%
Chirurgies ambulatoires	5 965	6 232	4,48%
Chirurgies avec hospitalisation	8 738	9 047	3,54%

	2011-2012	2012-2013	Écart
Pourcentage de chirurgies oncologiques réalisées dans les délais	45,9%	59,4%	13,5%
% Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis - chirurgie cardiaques	56,1%	66,1%	10,0%
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie			
Chirurgies avec hospitalisation (excl. PTG, PTH, Cataractes, Bariatriques)	89,3%	89,3%	0,0%
Chirurgies hanche (PTH)	89,8%	96,3%	6,5%
Chirurgies genoux (PTG)	86,0%	91,4%	5,4%
Chirurgies bariatriques	80,8%	100,0%	19,2%
Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	91,0%	91,5%	0,4%
Chirurgies cataractes	98,1%	97,1%	-1,0%

Le système OPÉRA a également été déployé aux blocs opératoires ainsi qu'au service d'admission. Cet outil informatisé permet de planifier et de gérer les activités du bloc opératoire. 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. Nous pouvons ainsi mieux gérer notre capacité opératoire, tenant compte par exemple de l'instrumentation et du personnel requis, ainsi que les contraintes dues aux annulations de dernière minute. De plus, des données pour la recherche et la qualité de l'acte sont disponibles plus rapidement. OPÉRA facilite aussi la recherche à partir de la liste d'attente en fonction de critères prédéterminés, tels la spécialité, les patients prêts, la durée opératoire, etc.

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

Dans les nouvelles initiatives visant à implanter les meilleures pratiques, notons :

- 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. Le CHUS a été identifié pour devenir un centre tertiaire désigné pour son RUIS et il doit pour se faire 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 support donné à ses partenaires du RUIS. Les travaux sont donc en cours pour disposer du personnel, de l'infrastructure, de l'expertise et des programmes nécessaires pour offrir des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients ayant un AVC qui requièrent des soins médicaux et chirurgicaux intensifs ainsi que des tests ou des interventions spécialisés et surspécialisés. Nous souhaitons également posséder une unité de soins AVC désignée sur un site vers laquelle les patients atteints d'AVC vont converger et implanter la trajectoire proposée en respectant les délais de prises

en charge prescrits par le MSSS. Une visite des responsables du MSSS afin de constater l'avancement des travaux est prévue à l'automne 2013.

- O L'insertion de cathéters veineux centraux par voie périphérique par des infirmières en externe et non plus au bloc opératoire. Ce projet vise à permettre aux infirmières d'introduire en périphérie un cathéter long par voie périphérique sous guidance échographique en radiologie. L'indication ciblée est la thérapie intraveineuse sur une longue période, telle l'administration d'antibiotique ou d'alimentation parentérale. Un algorithme décisionnel pour la clientèle adulte a été élaboré sur les indications et le type de cathéter à choisir selon le produit administré et le réseau veineux périphérique accessible. Des outils cliniques ont été développés (ex. : méthodes de soins infirmiers). Les exigences professionnelles et la certification requises pour développer cette technique ont été définies et deux infirmières ont été sélectionnées. Elles ont reçu les formations théoriques et pratiques requises. De janvier 2012 à mars 2013, 130 insertions ont été faites à l'Hôpital Fleurimont. À l'Hôtel-Dieu, les infirmières ont débuté les insertions en janvier 2013 et 40 ont été réalisées depuis ce temps. Une ordonnance collective permettant de formaliser le tout est en cours d'élaboration et d'autres types de cathéters seront éventuellement ciblés pour poursuivre la délégation de l'insertion aux infirmières.
- O Le programme-clientèle de santé mentale a développé une demi-équipe de suivi intensif dans le milieu pour la région de Sherbrooke qui a débuté ses activités en janvier 2011 et est composée de 6,6 postes d'intervenants, soit 2 infirmiers cliniciens et 4,6 travailleurs sociaux qui offrent des services à une quarantaine de personnes tel que prévu dans la cible à atteindre 2012-2013. Le fonctionnement en interdisciplinarité de l'équipe SIM a favorisé le développement d'une même vision et d'une philosophie d'intervention communes. L'équipe a ainsi contribué à mieux répondre aux besoins d'une clientèle de santé mentale souvent associée à des problématiques complexes telles que la toxicomanie. L'Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie nous octroie une allocation supplémentaire afin de poursuivre le développement de l'équipe de suivi intensif dans le milieu et ainsi atteindre la cible de 70 personnes correspondantes au profil SIM au 31 mars 2014.
- O Le service ambulatoire d'échographie et d'obstétrique spécialisée a été revu tant au niveau 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 pendant les visites et 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 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.

Ce projet s'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, 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, a été adopté en 2011. En février 2013, le comité directeur services généraux de l'Agence régionale approuvait le guide à l'intention des professionnels de la santé afin de déployer le modèle d'organisation défini². Le rôle du CHUS dans cette trajectoire est de :

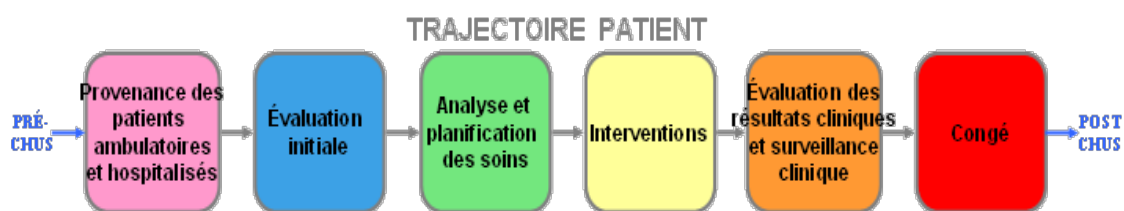
- s'assurer de la diffusion de l'information nécessaire auprès de ses partenaires (CSSS, sages-femmes, GMF, cabinets privés et tout autre partenaire) concernant l'algorithme décisionnel pour référence à l'accueil maternité, à la clinique d'obstétrique spécialisée et d'échographie obstétricale du CHUS 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-vaiss-accoucher/>

Avec nos partenaires, citons des projets communs pour, notamment, bien nous arrimer en vue de la période estivale 2013, bonifier l'accompagnement des patients et de leur famille dès l'admission en prévision du congé et maintenir les délais actuels de transfert en ressource d'hébergement, soit trois jours. Des travaux sont également en cours pour une offre de service adaptée pour accueillir localement des usagers avec démence frontale ou mixte et améliorer les canaux de communication interétablissements.

5.2.1.2. La route de la qualité



Après avoir adopté notre cadre de référence en qualité en mai 2012, notre route qualité vise 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 pour améliorer la performance de la trajectoire – patient que nous illustrons comme suit :



² Trajectoire de services pour les femmes enceintes en Estrie, *Guide à l'intention des professionnels de la santé*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction des services, des affaires médicales et universitaires. Février 2013

Trois objectifs sont ciblés :

- 5.2.1.2.1. 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.

Amorcée l'an dernier, cette profonde transformation des pratiques professionnelles (programme de mobilité, mesures de prévention, de dépistage et de prise en charge du delirium et du syndrome d'immobilisation, adaptation de l'environnement à intégrer aux pratiques (ex. : réduction du bruit, aménagement de la chambre selon les habitudes de vie, etc.) visant à devenir un CHUS attentif à ses aînés, s'est poursuivie cette année. 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. La phase de conceptualisation 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. Les principales activités réalisées pour atteindre ces objectifs ont été :

- o 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.
- o Mise sur pied de groupes de travail :
 - Environnement;
 - Expérience-patient;
 - Pharmacologie.
- o Projet pilote à l'unité 4^eA-4^eC de l'Hôtel-Dieu pour le programme de mobilité.
- o Poursuite des efforts de sensibilisation des équipes notamment à un photo-roman publié dans le journal interne.

La phase de conceptualisation a 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 de mobilité préventive;
- priorisation des mesures préventives vis-à-vis le delirium;
- programme de prévention, dépistage et prise en charge du delirium;
- 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 :

- collaboration interprofessionnelle;
- formation et « coaching »;
- gestion des communications;
- gestion du changement;
- implication des directions non cliniques;
- responsabilité collective.

Enfin, la proposition d'une stratégie d'implantation, tenant compte des enjeux et axée sur la communication et la sensibilisation, la formation et le coaching, a été faite. La phase de mise en œuvre débutera à l'automne 2013 et devrait se poursuivre jusqu'au printemps 2015.

5.2.1.2.2. 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.

L'année 2012-2013 a été riche en événements de toutes sortes en matière de qualité de soins et de services. Malgré des défis importants tant sur le plan des ressources financières qu'humains, de nombreuses équipes ont amélioré leurs processus et leurs pratiques professionnelles. De plus, dans toutes les directions et dans tous les programmes clientèles, le personnel et les gestionnaires ont revu et amélioré leur conformité à de nombreux standards, particulièrement suite à la visite d'inspection de l'OIIQ et en préparation à la visite d'Agrément Canada qui aura lieu du 16 au 21 juin 2013.

Voici quelques initiatives d'amélioration de la qualité ayant eu lieu cette année :

- Poursuite de l'implantation du bilan comparatif des médicaments.
- Mise en place de la Table de concertation en éthique organisationnelle.
- Évaluation et documentation en soins infirmiers à l'aide du DCI pour les plaies de pression, l'évaluation de la douleur et la surveillance des opiacés et 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.
- Standardisation des demandes de libération de produits sanguins et dérivés dès leurs sorties de la température contrôlée jusqu'à leur disposition finale.
- Audit sur l'hygiène des mains pour déterminer le taux d'observance pour tous les titres d'emploi.
- Audit sur l'utilisation de bracelet d'identification des patients.
- Élaboration d'une nouvelle ordonnance préimprimée pour prévenir des complications thromboemboliques reliées à l'hospitalisation qui vise, entre autres, à aider les équipes traitantes, à catégoriser le risque de TEV chez un patient (un score peut être calculé pour la clientèle médicale) et à choisir la thromboprophylaxie appropriée pour chaque patient selon son risque de TEV.
- Tenue de deux analyses des modes de défaillances 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, soit la révision des résultats d'examen par les médecins dans le Continuum Ariane Estrie et l'évaluation du risque technique appliqué au plan directeur du réseau électrique du CHUS.

Plus spécifiquement, en préparation de la visite d'agrément : 1399 personnes ont répondu à l'un ou l'autre des deux sondages : culture de sécurité* et qualité de vie au travail**, 1324 professionnels, personnel soignant, techniciens, gestionnaires et médecins ont répondu aux questionnaires d'autoévaluation pour les 24 normes d'excellence en matière de qualité des soins et des services et 21 responsables qualité se sont rencontrés mensuellement ces deux dernières années au sein du conseil qualité pour partager expertises et expériences. Ils ont fait

des recommandations au comité de direction et au bureau de la DISC, ont coordonné différentes activités d'amélioration et ont planifié la visite d'Agrément Canada.

* Culture de sécurité : 457 soignants ont répondu au sondage concernant la culture de sécurité. Voici ce qui en ressort : notre personnel de soins et nos médecins ont plusieurs craintes lorsqu'ils sont impliqués dans un événement indésirable, mais ils croient à la nécessité d'en parler et ils considèrent que cela donne quelque chose. C'est pourquoi le CHUS continuera de promouvoir et soutenir une culture de déclaration / divulgation. Une culture où :

- on croit à l'importance de la déclaration d'événements indésirables;
- on a la volonté de s'attaquer au problème, d'améliorer nos processus sans juger les personnes;
- on croit à la nécessité de divulguer aux patients, avec honnêteté et compassion, les accidents avec conséquence et à leur offrir, à eux et à leurs proches, des mesures de soutien;
- on croit à la nécessité de soutenir correctement nos employés et médecins quand ils sont confrontés à un événement indésirable grave;
- toutefois, on ne tolère pas de gestes intentionnels dangereux ou d'autres écarts de conduite ou comportements à risque volontaires.

**Qualité de vie au travail : Il y a eu 942 répondants au sondage sur la qualité de vie au travail. Quelque 89 % d'entre eux considèrent le CHUS comme un milieu de travail « bon » à « excellent », et 53 % le qualifient même de « très bon » ou d'« excellent ». Près de 70 % des participants « recommanderaient assurément le CHUS comme milieu de travail ». Voici les forces qu'ils ont identifiées :

- bon usage des compétences;
- ressources adéquates (matériel, équipement et fournitures);
- respect, équité, travail d'équipe et soutien du superviseur;
- sécurité au travail.

Le principal élément à améliorer est le suivi à accorder aux commentaires du personnel par la direction. Pour l'améliorer, nous comptons sur le temps de proximité que les gestionnaires ont avec leur équipe, sur l'amélioration continue au quotidien et sur un projet pilote qui consiste à effectuer des tournées dans les unités par la direction. Ces tournées ont déjà commencé.

Une inspection de la Commission canadienne de sûreté nucléaire pour nos permis de médecine nucléaire thérapeutique, diagnostique et études sur les humains pour les sites de Fleurimont et l'Hôtel-Dieu a eu lieu les 26-27 mars 2013. Les rapports démontrent de manière générale que le Service de médecine nucléaire respecte l'intention ou les objectifs des exigences et des attentes en matière de rendement de la CCSN. Seules deux améliorations mineures ont été souhaitées et faites rapidement.

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

Des initiatives ont été menées pour favoriser un meilleur maillage entre la DISC et le CRCELB. 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. De plus, un groupe a été créé pour optimiser l'utilisation de l'entrepôt informatisé

de données cliniques CIRESSS tant pour la recherche que pour l'amélioration de la qualité des pratiques cliniques.

Pour mieux faire connaître les services de recherche du CRCELB auprès de nos patients, un tout 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.



5.2.1.3. *La route de la compétence*

Notre capacité à offrir des soins et services de qualité repose directement sur notre capacité à développer et maintenir les compétences de nos ressources humaines. Notre personnel est jeune, soit 50 % de nos infirmières sont âgées de moins de 39 ans, ce qui occasionne une présence élevée d'expertise junior dans notre organisation. Il existe aussi une forte instabilité sur les postes (mouvements internes) qui nuit à la qualité. Nos stratégies pédagogiques sont mal adaptées à notre contexte, ne favorisent pas le transfert d'expertise sur le terrain, et nos infrastructures et les technologies dont nous disposons sont insuffisantes pour faire évoluer ces stratégies. Nous souhaitons également que notre personnel puisse bénéficier de rencontres d'appréciation et disposer d'un plan de développement individualisé des compétences et d'un plan de carrière. Ceci est d'autant plus nécessaire que, dans un contexte de pénurie provinciale de main-d'œuvre spécialisée, nous possédons un pouvoir d'attraction et de rétention limité. 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'apprentissages et de transfert des connaissances, le temps accru de gestion de proximité 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 compétences poursuit donc ces trois objectifs :

- 5.2.1.3.1. 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.

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 permet de regrouper dans un même environnement un ensemble d'installations dont nous avons besoin 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 sur les 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 leurs 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.

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. Le déploiement complet du système est prévu pour l'année 2014.

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 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 directement dans le quotidien. Les apprenants sont plongés dans 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 débrefage à l'aile 1 niveau 0 du CHUS Hôpital Fleurimont. Un vaste projet est en cours pour accroître ces infrastructures. Un ajout de 1000 m² - 9 salles est planifié pour le printemps 2015 alors que 260 m² - 3 salles s'ajouteront en 2016-2017.

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

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. Nous avons déjà signalé qu'au bloc opératoire l'embauche de deux monitrices cliniques responsables de la formation et du suivi au préceptorat, des modifications au devis d'intégration et la révision du cadre de référence pour l'orientation et l'évaluation des compétences du personnel ont facilité le transfert des expertises. Aussi, le CHUS soutient la préparation à l'examen de l'OIIQ par du personnel mis en soutien (experts de contenu, formateurs, évaluateurs, etc.). 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 avons embauché deux préceptrices à temps plein, sur les quatre que nous souhaitons avoir à terme. Enfin, 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.

5.2.1.3.3. 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 doit de mettre en œuvre des stratégies d'attraction 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.). Des efforts supplémentaires ont été mis, et se poursuivent, avec nos syndicats pour stabiliser davantage les infirmières dans les centres d'activité, faciliter la mobilité pour équilibrer les besoins de main-d'œuvre et permettre aux infirmières de concilier travail et vie personnelle. Par sa présence active dans les salons d'emploi et sur les médias sociaux, le CHUS obtient d'excellents résultats d'embauche surtout chez les jeunes infirmières. La contrepartie est une hausse importante, en particulier cette année, des congés de maternité, de paternité, parentaux et des retraits préventifs, ainsi que des congés pour études. Ainsi, depuis le 1^{er} avril 2012, le CHUS a embauché 38 infirmières, 45 infirmières auxiliaires, 130 préposés aux bénéficiaires et 14 retraitées ont été réembauchées. Dès mai 2013, 80 CEPI et 60 externes en soins infirmiers viendront en renfort aux équipes. Par contre, au 9 mars 2013, le CHUS comptait 126 infirmières absentes pour divers motifs (maternité, paternité, congé parental, retraits préventifs) et 133 infirmières pour congés d'études alors que nous avions pour l'année 35 infirmières retraitées. Dans ce contexte, la direction du CHUS a décidé de ne pas rouvrir, avant la fin septembre 2013, les 29 lits du CHUS – Hôtel- Dieu fermés juste avant la semaine de relâche. Cette décision vise toujours à donner du souffle aux équipes, à assurer la sécurité de notre personnel, à avoir du personnel disponible pour prêter main-forte ailleurs et à assurer la qualité et la sécurité des soins.

Le CHUS a aussi lancé une importante campagne afin de recruter 35 infirmières de soir et de nuit en médecine et en chirurgie. Cette campagne, sous le thème 1-5-35, s'est déroulée sur le Web, dans les médias sociaux, à la radio et dans les journaux. Une nouvelle page d'accueil est en ligne au www.chus.qc.ca/infirmiere. Une annonce dynamique conduisant à cette page d'accueil a été intégrée au site Web du CHUS et à celui de l'OIIQ. Elle est reprise sur Facebook et Linked In. Des messages sont aussi diffusés sur Twitter. Près de 1000 employés – gestionnaires, professionnels administratifs et infirmières ont été sollicités afin de diffuser l'offre d'emploi 1-5-35 dans leur réseau personnel Facebook, Linked In et Twitter, ce qui a généré 545 partages de notre offre sur Facebook (CHUSplusEMPLOI), 450 j'aime et 70 000 personnes rejointes à travers le Québec. En Estrie, la campagne a aussi été appuyée par la radio (Rouge et NRJ) et par un publiereportage dans The Record. Au 29 avril 2013, nous avons reçu 34 candidatures de personnes d'expérience, 23 avaient été embauchées, 6 étaient en voie de l'être et 8 débutaient le processus d'évaluation pour un total de 26 embauches potentielles en 6 semaines.



Le CHUS a également mis en place le programme de recommandation des employés qui vise à tirer profit des meilleurs ambassadeurs que nous ayons, soit nos employés, gestionnaires et médecins, pour recruter de nouvelles ressources dans des titres d'emplois ciblés (ex. : infirmières, nutritionnistes, secrétaire médicale). Le programme, lancé à titre de projet pilote jusqu'au 30 septembre 2013, permet de reconnaître cette importante contribution en allouant une chance de gagner un prix de participation pour toute candidature admissible recommandée et une prime de recrutement (chèque cadeau de 50 \$) pour toute candidature recommandée et retenue.

Enfin, le CHUS, l'Université de Sherbrooke, la Ville de Sherbrooke, Emploi-Québec, le Forum jeunesse de l'Estrie et la Conférence régionale des élus de l'Estrie ont lancé une vaste campagne de mobilisation des employeurs de l'Estrie pour contrer les difficultés de recrutement et le phénomène de rareté de main-d'œuvre dans plusieurs secteurs d'activité. La campagne vise à susciter l'adhésion du plus grand nombre d'employeurs possible et à créer un site Internet valorisant les emplois et la qualité de vie en Estrie. Le site CoupdecœurEstrie.com met en valeur les emplois et tout ce que l'Estrie a à offrir. Toutes les entreprises de la région peuvent y figurer gratuitement en complétant leur fiche employeur. En indiquant sa profession, l'utilisateur saura quelles entreprises peuvent potentiellement l'embaucher. Il aura accès à leur site Web et pourra ainsi connaître les postes offerts. Il pourra aussi en apprendre davantage sur les MRC de la région, afin de l'aider à choisir son milieu de vie. Les autres établissements du réseau de la santé, le Cégep de Sherbrooke et les institutions d'enseignement, BRP, Domtar, Desjardins et Emplois-Compétences ont adhéré à ce projet d'envergure. La campagne publicitaire de ce site Internet est déployée auprès des jeunes de 18 à 35 ans, surtout dans les médias sociaux et le Web. D'ici 2015, 28 900 postes devront être comblés en Estrie : 5 900 justifiés par la croissance de l'activité économique et 23 000 pour remplacer les départs à la retraite.



5.2.1.4. La route de la performance

Essentiellement, la route de la performance vise 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'inscrit 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 et nous en détaillerons les résultats dans les trois objectifs qui suivent. Le projet a notamment permis au CHUS de se doter d'une charte de la performance qui sera le fondement de la route de performance :

La trajectoire patient est au cœur de l'approche de gestion du CHUS, qu'elle soit au niveau stratégique, tactique ou opérationnel. Chaque direction est partie prenante de la performance de la trajectoire patient. Chaque direction vise donc le maintien ou l'amélioration de la performance de la trajectoire par la recherche d'un équilibre dynamique des quadrants de la carte de performance.

Pour maintenir ou améliorer la performance de la trajectoire patient, la direction du CHUS met en œuvre un système d'amélioration continue au quotidien basé sur l'implication de notre personnel et de nos médecins, de nos patients et de leurs proches ainsi que de nos partenaires.

Les projets transformationnels qui soutiennent la performance organisationnelle sont gérés pour optimiser la création de valeur dans la trajectoire patient.

À tous les niveaux de gestion, les gestionnaires appuient les équipes par des pratiques de leadership transformationnel.

5.2.1.4.1. 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.

Le modèle de performance organisationnelle adopté par le CHUS est basé sur la recherche d'un équilibre dynamique entre les quatre leviers (les quadrants) que sont l'efficacité des processus, l'engagement des personnes envers leur pratique, l'utilisation judicieuse des ressources et la pertinence des soins et services à nos patients. Au cours de la dernière année, un outil d'analyse et d'aide à la décision basé sur les quadrants de la performance 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 face aux dimensions de la performance. Il peut servir à identifier les impacts d'une décision et à bâtir un plan d'action. Le modèle de performance organisationnelle a également été intégré à l'outil de direction pour bien les informer des impacts de leur décision sur l'organisation.

[illegible]

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

Le projet GPS a permis de mettre en œuvre des moyens pour accroître le temps de proximité des cadres auprès de leurs équipes. 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 a été nécessaire pour atteindre cet objectif (ex : le lundi : rencontre intradirections, le mardi : rencontre interdirections, etc.). Le temps de gestion de proximité a été mesuré et a augmenté de 9 % en un an, se situant maintenant à 50 %. Le personnel cadre a également été formé à la formulation d'objectifs SMART (spécifique, mesurable, approprié, réaliste et temporel). La révision des comités et des rencontres récurrentes est en cours afin de s'assurer de la pertinence, tant du mandat, de la composition que de la durée.

Afin de rapprocher la direction des opérations sur le terrain, un projet pilote de tournée de direction a été mis en œuvre et sera pérennisé au courant de la prochaine année.

Le projet a également permis de choisir un modèle de leadership qui soutient l'exercice du rôle du cadre, soit le modèle LEADS qui comporte 5 composantes : 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 et un groupe pilote du projet GPS, se poursuit avec les directeurs adjoints et s'étendra dans les mois qui viennent à l'ensemble des cadres selon un plan adapté aux besoins de chaque groupe.

Enfin, Le CHUS est également un des quatre centres qui participent au projet de l'AQESSS (en tant que CHU et également centre témoin), intitulé « Vers de nouvelles pistes de partenariat médico-administratif ». Étant le seul centre de ce projet où la structure des programmes-clientèles et la présence des médecins au comité de direction étaient formelles, le CHUS demeure un des joueurs clés du projet en raison des objectifs visés en terme d'intégration du volet médical en gestion hospitalière. Le CHUS participe également 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 ». Ce projet vise essentiellement à identifier les compétences à promouvoir afin de maximiser les effets de la cogestion des programmes clientèles en visant la performance organisationnelle. Les résultats de cette démarche seront connus ultimement en janvier 2014 et influenceront le programme de développement des compétences qui est en cours d'implantation pour nos cogestionnaires des programmes-clientèles.

5.2.1.4.3. 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.

Le comité des directeurs adjoints a débuté ce mandat au courant de la dernière année. Un processus de gestion intégré du portefeuille de projet est en cours d'élaboration. Entretemps, les travaux du comité ont permis pour l'année 2012-2013 de recenser tous les projets en cours, de faire une première évaluation de la capacité à les réaliser et de proposer à la direction la sélection de 23 projets dont 8 ont été jugés prioritaires à réaliser au cours de l'année.

Une salle exécutive a également été aménagée, visant à améliorer la gestion stratégique de la performance et à assurer un meilleur suivi de la planification stratégique et des projets. Les travaux d'appropriation du fonctionnement d'une telle salle se poursuivront en 2013-14.

5.2.1.5. *Les stratégies de covoiturage*

5.2.1.5.1. Avec le personnel et les médecins

La réalisation de projet Kaizen s'est poursuivie au cours de la dernière année alors que cinq projets ont été réalisés avec le soutien de l'équipe d'amélioration continue :

1. **Caucus journalier et 5S, soins intermédiaires (CHUS – Hôpital Fleurimont)** : cette équipe-pilote dans le projet GPS a été choisie pour développer le concept de caucus journalier avec un tableau de bord et un système de communication efficace, en plus de favoriser la résolution de problèmes par l'amélioration continue et l'application de la philosophie 5S.



2. **Archives médicales (CHUS – Hôpital Fleurimont) :** l'équipe des archives a travaillé à favoriser l'efficacité du processus de numérisation et de diminuer les erreurs de numérisation.
3. **Médecine de jour (CHUS – Hôpital Fleurimont) :** les équipes de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Fleurimont ont, entre autres, amélioré l'accessibilité, réduit la charge de travail et facilité la gestion des patients non planifiés, en révisant et en standardisant leur processus de traitement des demandes et de planification des opérations.
4. **Urgence ambulatoire (CHUS – Hôpital Fleurimont) :** l'équipe de l'urgence de l'Hôpital Fleurimont a travaillé dans la zone ambulatoire afin d'améliorer l'aménagement, d'augmenter la capacité / flexibilité des salles, de revoir les méthodes d'approvisionnement en matériel (kanban) et de mettre en place un nouveau système de gestion visuelle des dossiers patient.
5. **Cliniques externes, pédiatrie (CHUS – Hôpital Fleurimont) :** l'équipe de la clinique externe de pédiatrie a partagé la démarche parcourue afin de mettre en place un système d'attribution des salles d'examen et de mobiliser le personnel médical autour de solutions permettant d'augmenter considérablement l'accessibilité de leurs cliniques.

Soulignons que les efforts de toutes les équipes qui réalisent des projets depuis les dernières années ont été récompensés lors du gala Reconnaissance Estrie organisé par la Chambre de commerce de l'Estrie alors que le CHUS s'y est distingué en remportant le prix Or dans la nouvelle catégorie Organisme public – parapublic pour son projet « Le déploiement de l'approche Lean | Kaizen au CHUS : un avantage organisationnel significatif ».

Cette année, dix cadres (sept cliniques dont un médecin) ont été formés au microprogramme de l'Université du Québec à Trois-Rivières et détiennent donc la certification « Green-belt ». Voici quelques-uns des projets réalisés par ces gestionnaires :

- *Clinique d'obstétrique spécialisée :* voir la section 5.2.1.1.3.
- *Consentement à l'hospitalisation, urgence (CHUS – Hôtel-Dieu) :* la cartographie du processus d'obtention du consentement a permis de clarifier les rôles et responsabilités des différents intervenants, ainsi que de mieux répartir les tâches pour améliorer la qualité de la documentation et assurer un plus grand respect du droit des patients à un consentement éclairé.
- *Optimiser les activités chirurgicales en ambulatoire afin de maximiser l'utilisation des ressources :* ce projet vise à décentraliser des chirurgies en orthopédie du bloc majeur en cliniques externes.

5.2.1.5.2. Avec le patient et ses proches

Afin de mieux évaluer l'expérience patient, un sondage organisationnel a été réalisé auprès de 192 patients hospitalisés en mars 2013. Les résultats démontrent globalement une expérience positive en regard de la courtoisie, de l'efficacité des soins, et de la satisfaction générale. Des pistes d'amélioration sont soulevées en matière de continuité entre les intervenants, d'environnement (tranquillité), de communication sur la sécurité des médicaments et de réponse aux besoins (ex. : cloches d'appel). Ces éléments sont en cours d'analyse par le groupe d'orientation de l'expérience patient afin de dégager des pistes d'amélioration organisationnelle. Soulignons également qu'au cours de l'année 1328 patients ont aussi été sondés dans près d'une vingtaine de secteurs qui se servent de ces informations pour améliorer la qualité perçue des soins et services dispensés.

Le CHUS et le comité des usagers ont établi une collaboration basée sur le respect des rôles de chacun, l'ouverture et la transparence. Plusieurs initiatives et activités ont permis de consolider cette collaboration, entre autres :

- Appui soutenu de la Direction générale et du conseil d'administration envers les activités du comité, notamment par leur présence aux assemblées générales annuelles du comité.
- Plage horaire réservée au comité des usagers lors des réunions du C.A.
- Implication soutenue de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la planification et de la performance (DQPEP) qui agit comme répondante pour bien orienter les requêtes du comité des usagers et s'assure d'une collaboration pour l'évaluation de la qualité et de l'expérience patient.
- Participation du comité des usagers à divers comités du CHUS, plus particulièrement le groupe d'orientation sur l'expérience des patients qui analyse les plaintes, les sondages et les commentaires reçus par le comité des usagers.
- Contribution du comité à certains projets : amélioration des communications aux salles d'attente des urgences, aménagement de certains secteurs, signalisation, approche adaptée à la personne âgée, etc.
- Cette collaboration a fait l'objet d'un article dans la revue du regroupement provincial des comités des usagers et sera présentée au colloque de l'AQESSS en mai 2013.

Plusieurs activités ont eu lieu en cours d'année pour promouvoir l'intégration de l'expérience patient dans l'organisation de nos soins et services. L'implication directe des patients dans les projets est facilitée par notre comité des usagers qui s'assure du recrutement des patients pour répondre à des besoins spécifiques. Par exemple, un patient a été recruté pour participer à des rencontres de planification de la clinique de procréation médicalement assistée. Deux autres ont pu rencontrer des médecins de famille pour échanger sur leur vécu lors d'un colloque. Trois proches collaborent également aux travaux visant à prévenir le délirium dans le cadre de l'approche adaptée à la personne âgée. Les travaux se poursuivent avec l'ensemble des partenaires, notamment la FMSS, pour accroître encore davantage la participation des patients.

5.2.1.5.3. Avec nos partenaires (voir aussi l'objectif 5.2.1.1.3)

Le 3 octobre 2012, près de 150 intervenants, gestionnaires et cliniciens spécialisés en santé mentale en Estrie (volet adulte) ont participé à la première édition de l'activité régionale en santé mentale chez les adultes, tenue au CHUS – Hôtel-Dieu. Cette activité, planifiée dans le cadre de la Semaine de sensibilisation aux maladies mentales, a permis aux participants de se familiariser à l'offre de service et au fonctionnement de plusieurs organisations estriennes. Elle reflète la volonté des partenaires de coordonner leurs soins et services offerts à la population de l'Estrie afin qu'une personne atteinte de maladie mentale puisse être soutenue dans ses démarches et dans son milieu, peu importe où elle habite en Estrie et le type ou le niveau d'intervention requis.

Fin janvier, le CHUS et le CSSS de Memphrémagog (CSSSM) annonçaient l'implantation de la chirurgie de la cataracte au CSSSM. La proximité de ce service permettra de répondre plus rapidement aux besoins croissants de la population de la MRC, où les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront 25 % de la population en 2016. Évidemment, le CHUS continuera d'offrir des chirurgies de la cataracte aux personnes des MRC avoisinantes.

Au cours de l'année, nous avons pu réorienter vers la clinique-réseau CMU les patients avec une cote de gravité 4 et 5. Depuis février 2013, la clinique accueille la clientèle également le dimanche. Au total pour l'année, c'est 4 055 patients qui ont pu être dirigés vers la clinique, pour une moyenne de 312 patients par période.

5.2.2. *La gestion des opérations*

Outre les réalisations de la première année de notre plan stratégique, nos équipes ont à leur actif de nombreuses réalisations visant à maintenir ou améliorer la performance de l'organisation. Ces réalisations seront présentées en fonction de notre carte de performance (voir annexe 2).

5.2.2.1. *Efficiencia des PROCESSUS*

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

- Après l'expérience en oncologie et en santé mentale, la communauté stratégique (CS) soutiendra la clientèle présentant des troubles envahissants du développement. De fait, les directions du CHUS, du CSSS-IUGS, du CRDITED et du CSSS Val-St-François ont donné leur aval afin de démarrer ce nouveau projet de collaboration interorganisationnelle. Depuis le 1^{er} février 2013, un projet pilote est en cours sur le territoire de Sherbrooke et du Val-Saint-François. Les professionnels du CHUS, du CSSS-IUGS, du CRDITED, du CSSS Val-Saint-François, les médecins spécialistes et omnipraticiens et une représentante la Société de l'autisme et des troubles envahissants du développement de l'Estrie (SATEDE) sont maintenant dans l'action. En collaboration avec quinze médecins omnipraticiens volontaires de cinq GMF, quatre intervenants sociaux des CSSS concernés constitueront en première ligne un dossier client plus complet (données médicales et psychosociales, requête médicale) avant de l'acheminer à l'équipe de pédopsychiatrie qui procédera à l'évaluation diagnostique. Cette trajectoire plus directe vise à améliorer le temps d'attente pour l'obtention d'un diagnostic TED, la qualité de l'expérience du client et de sa famille et la collaboration interétablissements. De plus, l'utilisation en première ligne d'outils de dépistage communs et validés (M-CHAT et SCQ) assurera sans aucun doute une meilleure qualité du dépistage. À ce chapitre, une formation sur l'administration des tests et l'interprétation des résultats a été offerte aux intervenants sociaux en janvier 2013. Afin de garantir un meilleur cheminement de l'information et un accompagnement soutenu au client et à sa famille, les intervenants sociaux assureront, de par leur rôle d'intervenant pivot, les liens entre les partenaires, le client et sa famille. Finalement, un suivi rigoureux des différentes étapes de la nouvelle trajectoire allégée sera effectué pour en mesurer l'efficacité. La collaboration et l'engagement de tous les membres du groupe amèneront, nous l'espérons, des améliorations concrètes pour le client et sa famille.
- En 2012-2013, le bureau de projet a accompagné 25 projets de développements organisationnels et 8 avant-projets. Il a aussi assuré le suivi au portefeuille de 9 autres projets et 8 avant-projets. Il a également poursuivi les activités de sa communauté de pratique, par un midi-conférence qui s'adresse à un public plus général (23 participants), et un atelier répondant aux besoins plus spécifiques des membres des équipes de projet (25 participants). Le bureau de projet a également participé, avec le CSSS de Chicoutimi, à l'organisation du deuxième colloque provincial des bureaux de projets du réseau québécois de la santé et des services sociaux où 84 représentants provenant d'une quarantaine d'organisations liées au milieu de la santé se

sont regroupés, les 7 et 8 juin 2012 à l'Auberge Estrimont d'Orford. Sous le thème *Les bureaux de projets à l'heure de la performance organisationnelle*, le colloque a donné lieu à des présentations et à des échanges relevés, tous basés sur l'expérience des établissements participants. Trois parcours thématiques, chacun soutenu par deux ateliers différents, mais complémentaires, étaient proposés aux participants soit : les bureaux de projets au pair du Lean Healthcare, le rôle transformationnel des bureaux de projets et pour une approche interdisciplinaire, systémique, et intégratrice. Cinq conférences ainsi qu'une plénière ont complété la programmation du colloque où les occasions de réseautage ont aussi été nombreuses.

5.2.2.2. *Engagement des personnes envers nos PRATIQUES*

Leadership : voir section 5.2.1.4 de la route de la performance.

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

- Bilan général de la formation pour 2012-2013 : malgré le fait qu'une majorité de formations a dû être annulée en février et en mars 2013 en raison de la situation de pénurie de main-d'œuvre dans les unités de soins, nous avons dépassé nos objectifs. Le nombre de participants total aux activités de formation s'est accru de 16 % pour un total de 18 554 participants. Le nombre d'heures de formation a augmenté de 5 % pour un total de 63 839. Quelque 4127 employés différents (soit 75,15 % du personnel) ont participé à au moins une formation, une hausse de 7 % par rapport à l'an dernier. Le total des investissements financiers du CHUS en formation pour les employés syndiqués, syndiquables non syndiqués et cadres s'est chiffré à 2 772 860 \$, soit 14 % de plus qu'en 2011-2012. Parmi les formations, certaines se sont démarquées par le nombre de participations : midis-conférences et midis-cliniques (2186 participants), conférences clinico-académiques (1968 participants), RCR (952 participants), consignes en cas d'urgence (871 participants) et gestion de la douleur (450 participants).
- Le Service de développement des compétences et de l'enseignement (SDCE) a développé des outils appuyés sur les meilleures pratiques d'accueil pour aider les équipes à optimiser l'accueil et l'intégration. Ce programme d'accueil et d'intégration d'un nouvel employé s'organise en trois grandes composantes : la présentation du service ou unité, l'établissement de contacts dans le service ou unité et la familiarisation avec le nouvel emploi. Pour arriver à mettre en œuvre ces composantes, une démarche en quatre étapes est proposée : sensibiliser l'équipe aux effets de l'accueil et de l'intégration, diagnostiquer le processus d'accueil et d'intégration de son service ou son unité, définir les priorités d'action de son équipe et choisir les outils proposés en fonction des pistes de développement de l'équipe. Afin de soutenir les équipes, le SDCE a développé des outils pour chacune des quatre étapes de la démarche. Ces outils ont été regroupés sur l'intranet.
- Une formation continue en ligne de 14 heures sur le retraitement des dispositifs médicaux (RDM) a été offerte aux préposés en stérilisation du CHUS. Une première en développement des compétences pour nos préposés en stérilisation! Offerte par le Cégep de Saint-Laurent, cette formation continue est conforme aux nouvelles exigences de qualité et de sécurité des unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) prescrites par Agrément Canada. La formation en ligne couvre des notions de base telles que les activités reliées au processus de retraitement

(nettoyage, désinfection, assemblage, stérilisation, entreposage), la prévention et le contrôle des infections, les lieux physiques et les aspects légaux, la santé et sécurité du travail, etc.

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

- Le CMDP du CHUS a approuvé une première ordonnance collective pour l'ensemble des unités de médecins et de chirurgie le 12 mars 2013. Cette ordonnance permettra aux infirmières d'administrer de l'acétaminophène en cas de douleur.
- En mai 2012 à Genève se tenait le 5^e Congrès mondial des infirmières et des infirmiers de la Francophonie. Environ 1 500 participants issus de 30 pays ont participé aux conférences et ateliers de haut niveau axés sur différents enjeux reliés à la santé ainsi qu'aux meilleures pratiques en soins et en accompagnement de la relève professionnelle. Deux de nos conseillères-cadres cliniciennes du CHUS, M^{mes} Maryse Grégoire et Francine Royer, étaient parmi les présentateurs. Elles ont été en mesure d'illustrer comment certains projets menés au CHUS, ainsi qu'en collaboration avec nos partenaires de l'École des sciences infirmières et du CSSS-IUGS, ont permis de contribuer à optimiser certaines pratiques et à soutenir le développement des compétences professionnelles de nos équipes de soins. Voici les projets présentés :
 - Session d'affiche : évaluation qualité sur la prévalence de l'utilisation des sondes et solutés en lien avec les risques d'infection et l'inconfort associés chez la clientèle nouvellement hospitalisée en médecine générale.
 - Présentation : la créativité au service du soutien clinique : une expérience de préceptorat menée au CHUS, Présentation : la Communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins infirmiers d'urgence.
 - En collaboration avec le CSSS-IUGS et l'École des sciences infirmières de la FMSS :
 - o la synergie de collaboration entre infirmières au service du transfert de connaissances et de compétences évaluatives du délirium auprès d'une clientèle vieillissante hospitalisée;
 - o l'initiative des amis des bébés (IAB) : un projet national, un partenariat incontournable;
 - o se former pour mieux former; un partenariat gagnant pour le développement des compétences professionnelles.
- 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. 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). Ces formations intègrent les nouvelles normes de la Fondation des maladies du cœur. En 2012-2013, 59 sessions de formation RCR accréditées ont été offertes pour un total de 349 personnes formées. Ce programme vise à former environ 450 à 500 personnes par année à partir de 2013-2014 (environ 1 formation / semaine avec 8-10 participants). De plus, 50 % des PAB du CHUS ont été formés (trois secteurs prioritaires : centrale de transport, urgence et soins intensifs en raison de leur participation à l'équipe code) dans le cadre de *Héros en 30 minutes*. Ce programme vise à former environ 50 % des PAB par année à partir de 2013-2014.

Communication :

- Le CHUS a signé des ententes d'échange avec les stations de radio Rythme FM et Rouge FM. En 2012-13, c'est Rythme FM qui sera diffusé à l'intérieur des deux établissements du CHUS et au téléphone alors que ce sera Rouge FM qui se fera entendre l'année suivante. En contrepartie, l'entente avec Rythme FM prévoit l'enregistrement sans frais, en français et en anglais, de messages d'accueil dans des secteurs particulièrement achalandés : accueil général, centre de prélèvement, archives et clinique de planification des naissances. De plus, des voix professionnelles enregistreront certains messages généraux pouvant être utilisés au besoin par tous les secteurs (ligne présentement occupée, congé férié, appel enregistré pour contrôle de la qualité). D'autre part, les stations radio Rythme FM et Rouge FM accordent gratuitement au CHUS un nombre important de messages publicitaires de 30 secondes pour les années 2012, 2013 et 2014. Ces messages, diffusés à toute la population selon les besoins du CHUS, pourront servir, par exemple, à la promotion du don d'organes, au rappel de l'importance du lavage des mains, à la valorisation des lauréats des prix d'excellence, aux remerciements du CHUS aux donateurs à la Fondation, etc.
- Des efforts importants ont été consentis pour améliorer les infrastructures et le contenu de nos outils électroniques de communication. Le CHUS dispose actuellement de quatre sites Web : CHUS, Fondation, CRCELB et le microsite de recrutement qui a fait l'objet d'une refonte. Les médias sociaux sont également largement utilisés avec quatre pages Facebook, deux comptes Twitter, trois comptes Youtube, un compte Linked In employeur. Une politique institutionnelle d'utilisation des médias sociaux a d'ailleurs été approuvée et diffusée en mai 2012. Le site Intranet a fait l'objet d'une refonte complète et la nouvelle version, qui inclut notamment une section réservée pour les gestionnaires, a été mise en ligne en avril 2013.

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

- Le CHUS a accueilli 2 799 stagiaires et résidents en 2012-13, une hausse de 6 % par rapport à l'an dernier.

	2011-2012	2012-2013
Étudiants en médecine (1 ^{re} à 3.5 année)	608	628
Étudiants en médecine (3.5 à 4 ^e année)	188	207
Résidents	620	637
Étudiants en soins infirmiers (DEC, Bacc, inf. aux.)	637	699
Étudiants autres disciplines	592	528
TOTAL :	2 645	2 699

Afin de favoriser le recrutement de nos stagiaires, un nouveau programme de fidélisation des stagiaires a été mis en place, visant à offrir un accueil organisationnel personnalisé aux stagiaires dont la durée du stage est de cinq jours et plus. Ce nouveau PAO, qui vise 450 stagiaires (excluant ceux des secteurs de secrétariat, des soins infirmiers et d'assistance), contribuera à créer un sentiment d'appartenance pour ces futurs candidats à l'emploi en plus de faciliter leur intégration.

- Le CRCELB du CHUS en collaboration avec les trois autres centres de recherche de Sherbrooke, soit Diex Recherche Sherbrooke, Q & T Recherche et le Centre de recherche sur le vieillissement de l'IUGS, ont fait la promotion soutenue du site Internet lancé en mai 2012 et spécialement dédié à la recherche clinique, pour mieux le faire connaître à la population (www.recherche-clinique-sherbrooke.com). Une campagne de communication est en cours afin de promouvoir la

recherche clinique et elle s'échelonnait sur une période d'un an. L'objectif ultime est d'informer les Estriens de tous les types de projets de recherche auxquels ils peuvent participer, ici même dans leur région. Afin de démystifier la recherche clinique, des chercheurs de notre centre de recherche et nos partenaires expliqueront leur projet dans des chroniques radiophoniques diffusées sur les ondes du 107,7 FM à raison d'un mardi sur deux.

- Quelque 14 boursiers ont pu bénéficier du Programme d'aide au financement interne (PAFI) 2012-2013. Grâce au soutien financier de la Fondation du CHUS (195 000 \$) et de la Banque Nationale (15 000 \$), le PAFI a offert une bourse de 15 000 \$ à chaque chercheur dans plusieurs axes de recherche.
- L'Unité ETMIS a publié trois rapports d'évaluation dont un a nécessité le développement d'un protocole d'évaluation terrain : rapport d'évaluation sur l'environnement guérissant en oncopédiatrie, revue systématique des médecines complémentaires et alternatives en oncopédiatrie, Le programme de prévention des chutes implanté à l'unité 4^B de l'Hôpital Fleurimont est-il plus performant que le programme implanté à l'unité 4^C de l'Hôtel-Dieu? Elle a publié deux articles scientifiques et soumis trois autres dans des revues scientifiques avec comité de lecture. Son rayonnement ne s'arrête pas à la production de rapports d'évaluation et d'articles scientifiques puisque les membres de l'UETMIS ont présenté cinq sujets différents lors de conférences, dont deux lors de la conférence internationale en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, le HTAi. En 2012-2013, l'UETMIS du CHUS a coordonné onze projets d'évaluation et a soutenu quatre équipes à la réalisation de projets.

5.2.2.3. Utilisation judicieuse des RESSOURCES

Les ressources financières :

- Malgré des compressions de 6,5 M\$ qui s'ajoutaient à celles de 3,8 M\$ des deux dernières années, le CHUS a terminé l'année en équilibre budgétaire. La contribution de tous à un plan de resserrement budgétaire, un financement additionnel du MSSS et de l'Agence, l'utilisation des revenus de stationnement et la limitation des développements ont notamment permis ce résultat qui s'est quand même réalisé avec une hausse globale des activités cliniques. Soulignons que l'équipe de la Direction des ressources financières et services techniques a obtenu une note parfaite des vérificateurs pour la qualité des états financiers.
- Au total, 42 662 M\$ ont été investis dans les infrastructures du CHUS :
 - 28 265 M\$ pour les bâtiments (agrandissement du CRC, projet écoénergétique, volet 1 du plan de réaménagement et agrandissement de l'Hôpital Fleurimont, etc.);
 - 10 883 M\$ pour les équipements (accélérateur linéaire, spectromètre de masse, échographes, cyclotron, microscope, etc.);
 - 2 212 M\$ pour les équipements informatiques;
 - 13,02 M\$ pour les mobiliers et autres équipements.
- Optimisation régionale : l'équipe du projet paie, rémunération et avantages sociaux Estrie (PRASE), qui relève du CSSS-IUGS, a poursuivi l'implantation du service régional PRASE qui assumera, une fois en place, la production de la paie et assurera la gestion de la rémunération et des avantages sociaux des 13 établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie. Depuis le 25 février 2013, l'équipe de la phase 1 est officiellement en place. Les membres de l'équipe offrent les services liés aux assurances collectives, aux congés parentaux et aux régimes

de retraite. Les activités de rémunération et de production de la paie seront déployées graduellement jusqu'en 2014.

- Optimisation régionale : la logistique hospitalière du CHUS est appelée à contribuer de façon significative à la réduction des coûts d'opération en permettant à la région d'utiliser ses infrastructures de distribution ainsi que de profiter du savoir-faire de son équipe. Le centre de distribution dessert déjà le CSSS du Val-St-François depuis 2007 et les CSSS du Haut-St-François et Des Sources sont en cours d'implantation.
- le 1^{er} mars dernier avait lieu le lancement de la campagne interne « Pour nous, pour moi aussi! » organisée par la Fondation du CHUS sous la présidence du comédien Bernard Fortin. Cette campagne a pour principal objectif d'inciter le personnel du CHUS à donner pour les besoins de l'organisation. 100 % des dons restent au CHUS et peuvent être dirigés à l'une de ces sept destinations spécifiques :
 - fonds général;
 - achat d'équipements de moins de 5 000 \$;
 - trois équipements d'environ 30 000 \$ chacun;
 - Fonds Brigitte Perreault;
 - résonance magnétique 3Tesla;
 - cyclotron;
 - laboratoire de simulation clinique.

Les ressources matérielles :

- Projet d'agrandissement et de réaménagement du CHUS – Hôpital Fleurimont : les travaux réalisés depuis octobre 2011 dans les espaces laissés vacants par le déménagement de la cafétéria du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) – Hôpital Fleurimont sont terminés. Ces espaces comprennent maintenant les bureaux de l'imagerie médicale, le Service de l'échographie générale et l'unité de chirurgie d'un jour. De plus, une aire d'hébergement pour les mères dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie et une chambre de transition en pédiatrie ont été aménagées. Les réaménagements des aires du bloc opératoire et du Service ambulatoire d'échographie et d'obstétrique spécialisée ont également pris fin cette année, complétant ainsi le volet I de ce grand projet. L'annonce officielle du projet d'agrandissement (construction du Centre Femme-Jeunesse-Famille et d'une nouvelle urgence) a été faite en avril 2013.
- Le projet écoénergétique au CHUS – Hôpital Fleurimont : dans le cadre de son projet écoénergétique, le CHUS – Hôpital Fleurimont a implanté, au courant de l'automne, une mesure d'énergie renouvelable : la géothermie. La géothermie et d'autres mesures de récupération de chaleur contribueront à la moitié des économies annuelles prévues du projet écoénergétique qui sont de 1,4 M\$. Depuis janvier 2012, le CHUS – Hôpital Fleurimont s'est en effet engagé dans un important projet d'économie d'énergie afin de diminuer sa consommation de moitié d'ici 2014, pour des raisons économiques et environnementales. Les investissements requis pour le projet seront remboursés en sept ans. Également, la centrale thermique dispose maintenant de deux nouvelles chaudières à eau chaude, plus efficaces que la chaudière à vapeur qu'elles remplacent, pour assurer une partie du chauffage. Une nouvelle cheminée, munie d'un récupérateur de chaleur des gaz de combustion, a aussi été installée. Plusieurs systèmes de ventilation, initialement chauffés à la vapeur, ont été modifiés et connectés au nouveau réseau d'eau chaude. Une nouvelle chaudière électrique produisant de la vapeur a aussi été installée

dans la centrale thermique; elle permet de choisir la source d'énergie la plus avantageuse entre l'électricité et le gaz naturel selon le moment de la journée. D'autres importants travaux permettent de remplacer les systèmes de ventilation de l'aile 4 du CHUS – Hôpital Fleurimont. Au total, six systèmes assurent les changements d'air, le chauffage, la climatisation et l'humidification dans cette aile sont visés. Les nouveaux systèmes sont plus efficaces, car les ventilateurs sont munis de moteurs pouvant moduler en fonction des besoins réels du bâtiment, qui diffèrent entre le jour et la nuit par exemple. De plus, les nouveaux systèmes sont munis de serpentins de chauffage fonctionnant à l'eau chaude plutôt qu'à la vapeur. L'eau chaude provient des nouvelles thermopompes et des nouvelles chaudières de la centrale thermique. Plusieurs autres systèmes de ventilation alimentant les ailes 2, 3, 5 et 6 seront remplacés au cours des prochains 18 mois.

- L'agrandissement du Centre de recherche clinique Étienne-LeBel (CRCELB) : les travaux d'agrandissement du CRCELB du CHUS ont été officiellement lancés le 23 juillet 2012. D'ici 2014, le projet de 31,7 M\$ permettra au CRCELB de doubler sa superficie et de répondre aux besoins des 900 personnes qui y travaillent, dont 200 chercheurs. Le gouvernement du Québec a investi 25,2 M\$ dans ce projet. La Fondation du CHUS a apporté un montant de 6 M\$ (principalement grâce à la Campagne Ensemble menée avec la Fondation de l'Université de Sherbrooke et l'apport de la Ville de Sherbrooke) alors que le CRCELB débourse lui-même 500 K\$. L'agrandissement consistera à construire un nouveau bâtiment de trois étages et de près de 7 000 m² de superficie, ce qui doublera l'espace actuel. Tous les niveaux de l'ancien et du nouveau bâtiment seront reliés entre eux par des passerelles. Les travaux de ce nouvel édifice progressent rapidement, le revêtement extérieur et les travaux de toitures seront bientôt terminés. Pendant ce temps, plusieurs corps de métier, électriciens, plombiers et spécialistes en ventilation s'affairent à aménager l'intérieur du bâtiment.
- Équipement de radiographie : la salle 13 du service de radiologie du CHUS-Hôpital Fleurimont est maintenant équipée d'un nouvel appareil de radiographie numérique DR-Digital Diagnost 3.0 de Philips. Il sert notamment à réaliser les examens d'orthopédie pour la clientèle hospitalisée et pour celle de quelques cliniques externes (ex. : scoliose). Ses fonctionnalités font en sorte qu'il y a moins de manipulations, une meilleure ergonomie et une plus grande automatisation des étapes de transmission ce qui améliore la qualité du travail et réduit le temps de l'examen (pour le plus grand bonheur du patient!). Les travaux ont aussi permis de réorganiser la salle d'attente et de l'adapter à la clientèle à mobilité réduite. Le poste de contrôle a été complètement revu pour faciliter le travail du personnel et offrir plus de confidentialité et d'intimité au patient.
- En août 2012, l'unité des soins intermédiaires du 10^e étage a subi toute une transformation visant à rafraîchir les lieux, mais surtout à améliorer l'ergonomie. Un nouveau poste de travail a été conçu. Des portes coulissantes à l'entrée de l'unité ont été installées, les planchers refaits, l'éclairage, la ventilation et le système de cloche d'appel ont été repensés. D'autres équipements ont été ajoutés pour faciliter les activités : un nouveau carrousel pour les dossiers des patients et de nouvelles unités de rangement ont métamorphosé le poste. Même les surfaces de travail ont été agrandies. L'environnement des moniteurs à la console centrale a aussi été optimisé. Plusieurs chambres de patients ont subi un vent de renouveau rafraîchissant (peinture et installation de nouveaux téléviseurs). Bref, un nouvel environnement qui favorise la communication et la cohabitation des différents intervenants et professionnels de l'unité.

Les ressources humaines (voir aussi la route de compétence) :

Un milieu de travail sain

- Une vaste campagne visant la prévention de la violence envers notre personnel par les patients aux urgences a été mise en œuvre. Un groupe de travail a été formé afin d'aider les chefs de soins et services à mettre en place des actions et protocoles qui soutiennent le personnel dans la prise en charge des personnes violentes (surveillance, formation, protocole de prise en charge et d'intervention, campagne de sensibilisation, enjeux légaux, procédure en cas de contention). Des affiches ont été déployées dans les deux salles d'attente, portant le message qu'au CHUS, la violence n'a pas sa place et que les personnes violentes devront en assumer les conséquences. La norme et pratique de gestion « Politique favorisant un climat de travail sain et libre de toute forme de violence sur les lieux de travail » a été mise à jour, incluant notamment un trajet décisionnel pour s'assurer de la prise en charge sécuritaire d'un patient violent.
- Les Sentiers de la santé, pour prendre l'air : deux boucles de marche (environ 470 mètres et 870 mètres) ont été aménagées dans la forêt derrière le CHUS – Hôpital Fleurimont. On y a installé des bornes éducatives sur les saines habitudes de vie, bornes conçues par les étudiants de la FMSS. Toute personne fréquentant l'hôpital peut aller y marcher, ce qui permet aux employés et visiteurs de profiter du grand air. Les Sentiers de la santé sont le fruit d'un partenariat entre le CHUS, l'Université de Sherbrooke, La Maison Aube-Lumière, la Fondation de l'Université de Sherbrooke et la Fondation du CHUS. Soulignons également que 250 arbres ont été plantés sur les terrains du CHUS, avec la participation de la Faculté de médecine et des sciences de la santé.
- Le 1^{er} avril 2013 marquera le début d'une ère nouvelle au CHUS : les principales étapes pour compléter le virage santé et l'application de la politique pour une alimentation saine sont maintenant franchies! Une nouvelle offre de service a été conçue pour le contenu des machines distributrices, les collations dans les boutiques, les desserts dans les cafétérias et les casse-croûte et le format des boissons. Ce nouvel environnement alimentaire favorisera la santé de tous.

Les ressources informationnelles :

- Le CHUS est mandataire du PRIE, un projet qui vise à relier informatiquement le CHUS et les CSSS afin de partager certaines informations du dossier patient ARIANE (médicaments, résultats de laboratoire et de radiologie, etc.). Les équipes ont, entre autres, régionalisé les services de laboratoire dans cinq CSSS et les services de pharmacie pour un CSSS (Asbestos). Elles ont aussi travaillé à l'arrimage avec les dossiers médicaux électroniques des cliniques de première ligne et le Dossier de santé du Québec (DSQ). En novembre 2012, la directrice des ressources informationnelles et technologiques (DRIT) au CHUS a aussi été nommée directrice régionale des ressources informationnelles par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Elle cumulera donc les deux fonctions. Son mandat à l'Agence sera d'établir une vision régionale des ressources informationnelles en Estrie et de l'actualiser afin d'assurer la performance des établissements.
- Le CHUS a été le premier établissement au Québec à déclarer un cas de cancer dans le cadre de la seconde phase du déploiement au registre québécois du cancer (RQC). Le registre local du

cancer du CHUS (RLC), qui achemine les données, a été développé à l'aide du système continuum Ariane Estrie par le comité opérationnel du projet. Il contient des renseignements sur tous les nouveaux cas de cancer admissibles au RQC, incluant les cas cliniques diagnostiqués à partir du 1^{er} janvier 2013. Le MSSS déploie le RQC afin de recueillir des données qui permettront de soutenir les activités du Programme québécois de lutte contre le cancer. Ces données seront utilisées pour orienter les interventions de promotion, prévention et de dépistage, pour alimenter la recherche, les différentes études et analyses ainsi que pour dresser un portrait global de la situation du cancer dans la population québécoise. Le projet se poursuivra jusqu'en 2016, notamment par l'ajout de nouvelles données au RQC dont l'ajout de renseignements provenant de la trajectoire de soins des patients en oncologie (rapports diagnostiques, données relatives aux traitements). L'information recueillie en oncologie est essentielle. Elle guide le personnel clinique vers de bonnes décisions thérapeutiques et oriente les gestionnaires dans leur prise de décisions organisationnelles.

- Dans le cadre de l'implantation de la démarche de qualité ITIL, la Direction des ressources informationnelles et technologiques (DRIT) a amélioré ses façons de faire pour offrir un meilleur service. Quatre nouveaux processus ont été implantés au CHUS en collaboration avec le centre d'assistance régional. Un catalogue comprenant l'ensemble de l'offre de services de la DRIT ainsi que les procédures et les délais de livraison de chacun des services a également été conçu et est disponible dans l'intranet. Un guichet unique a été créé pour les requêtes planifiables, le système WEB REQUIN : <http://requin.reg05.rtss.qc.ca>. et un autre pour les incidents (le poste 15555). Dans les deux cas, la DRIT confirme la réception de la demande et informe le client de la date cible de résolution de la demande. Également, dans le but de minimiser le nombre et l'impact des incidents technologiques, la DRIT a instauré en janvier 2013 un processus de gestion des changements. Le personnel de la DRIT concerné par ce processus doit dorénavant suivre de nouvelles méthodes et procédures rendant les opérations plus rapides et efficaces et les communications avec la clientèle plus efficiente.

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

- En matière d'accessibilité, le tableau suivant présente les principaux résultats. Malgré une diminution des lits dressés et du nombre de jours présences compte tenu de la fermeture de 29 lits au CHUS Hôtel-Dieu depuis février 2013 l'accessibilité à l'hospitalisation s'est maintenue grâce aux efforts soutenus de tous pour améliorer la gestion des lits. Nous avons déjà souligné la hausse des chirurgies, même avec hospitalisation. Le nombre d'hospitalisation est légèrement à la hausse alors que la durée moyenne de séjour a diminué de 2,5 %. Pour l'instant, on ne note pas d'impacts négatifs sur les taux de réadmission. La collaboration de nos partenaires a permis de diminuer de 20 % le nombre de patients en attente de transfert. Le séjour moyen sur civière à l'urgence a légèrement augmenté à Fleurimont, mais a diminué à l'Hôtel-Dieu. Notons les résultats pour la santé mentale (-8,86 %), malgré une hausse de 18 % du nombre de patients sur civières.

	2011-2012	2012-2013	Écart
# lits dressés	703	677	-3,70 %
# hospitalisations	31 279	31 537	0,82 %
Courte durée	21 329	21 603	1,28 %
Mères enfants	8 208	8 201	-0,09 %
Santé mentale	1 742	1 733	-0,52 %
# jours présences	228 900	226 680	-0,97 %
Séjour moyen global	7,28	7,14	-1,87 %
Santé mentale	22,93	22,84	-0,36 %
Néonatalogie	20,25	14,81	-26,87 %
Pédiatrie	3,80	4,03	5,97 %
Maternité (mères + enfants)	2,54	2,65	4,26 %
Soins généraux et spécialisés	7,46	7,28	-2,48 %
Hôpital Fleurimont	6,93	6,78	-2,14 %
Hôtel-Dieu	8,27	7,99	-3,37 %
Hôpital Fleurimont			
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique)	11,90	2,25	2,93 %
Séjour moyen sur civière à l'urgence (75 ans et plus)	15,62	16,14	3,29 %
Hôtel-Dieu			
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique)	13,12	11,92	-9,16 %
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé mentale)	28,56	26,03	-8,86 %
Séjour moyen sur civière à l'urgence (75 ans et plus)	16,27	14,01	-13,89 %
# visites à l'urgence	89 289	88 923	-0,41 %
# patients en attente de transfert	34,00	27,00	-20,59 %
Taux de réadmission	9,58 %	8,96 %	-0,62 %

- Toujours en matière d'accessibilité, nous notons des défis pour l'échographie mammaire, mais l'utilisation du plateau régional ou l'achat de service a permis, depuis la période 9, de constater une amélioration considérable puisque nous avons à cette date 369 patientes en attente depuis plus de trois mois comparativement à 765 l'an dernier. L'imagerie par résonance magnétique est également problématique dû à un manque de ressources médicales et techniques et au fait que le quart de soir à l'Hôtel-Dieu n'a pu être ouvert par manque de financement. Notons que nous dépassons largement le seuil de 3000 examens par appareil par quart de travail, la norme du MSSS pour tous les établissements. Enfin, nous avons des enjeux d'accès aux consultations médicales spécialisées électives. Les attentes pour les cas urgents sont restées stables ou ont légèrement diminué. Un plan d'action est en cours et a débuté avec l'orthopédie et la gastroentérologie telle que déjà expliquée précédemment.
- La saison grippale 2012-2013 a été particulièrement virulente. Les salles d'urgence ont connu un taux d'activité record entre le 27 décembre 2012 et le 2 janvier 2013. En effet, le nombre de visites en salle d'attente (ambulatorio) et les arrivées des patients par ambulance ont augmenté respectivement de 20 % et 33 % pour cette période. Les visites aux patients ont dû être

suspendues pendant plusieurs jours au cours de la saison. Des éclosions de gastroentérites ont également nécessité la suspension des visites en février 2013.

- Pour mieux répondre aux besoins de la clientèle, plusieurs améliorations ont été apportées à la salle d'attente de l'urgence du CHUS - Hôpital Fleurimont. Une zone fermée et adaptée pour enfants avec un téléviseur diffusant des émissions jeunesse a été aménagée. La zone d'isolement pour les patients ayant des symptômes de grippe a été mieux délimitée et se trouve maintenant près de la porte d'entrée. Le secteur du prétriage a été repensé. Grâce à ces réaménagements, la circulation dans la salle d'attente est maintenant plus fluide.
- Le 25 mars 2013, le personnel des laboratoires du CHUS a débuté l'analyse des tests immunochimiques de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi aussi appelé FIT tests) pour l'Estrie et les huit sites de démonstration désignés par Québec. Ce test, qui remplace le test Gaïac, sert à dépister le cancer colorectal. Un pas de plus vers l'implantation du Programme québécois de dépistage de ce cancer. Il s'agit de la première phase de déploiement de l'offre de service du CHUS qui sera étendue au cours des prochains mois à d'autres régions du Québec. À court terme, le personnel des laboratoires réalisera quelque 800 analyses par jour pour un total de plus de 200 000 par année, nombre qui évoluera au fil du temps.
- Le CHUS s'est aussi vu confier par le MSSS trois activités liées au dépistage sanguin et urinaire de maladies héréditaires chez le nouveau-né. Ces activités seront réalisées en collaboration avec le CHU de Québec, responsable du Programme de dépistage néonatal sanguin des nouveau-nés du Québec, le MSSS et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Lorsque les laboratoires du CHU de Québec auront un résultat positif d'analyse pour un nouveau-né, le personnel du Service de génétique du CHUS procédera aux analyses de confirmation du diagnostic. D'autre part, le dépistage urinaire de certaines maladies qui se fait au CHUS a été reconduit pour cinq ans. Au cours de cette période, l'INESSS identifiera des maladies pertinentes à dépister et pour lesquelles un prélèvement urinaire pourrait donner de meilleurs résultats qu'un prélèvement sanguin. De plus, la performance du dépistage urinaire sera évaluée comparativement au dépistage sanguin. Enfin, le CHUS mettra à profit l'expertise clinique et technologique de ses équipes pour développer des données issues de résultats de recherche de haute qualité reposant sur une méthodologie appropriée (données probantes). Ce mandat inclut l'évaluation, la recherche et le développement pouvant aller jusqu'à la mise au point de nouvelles analyses de dépistage pour faire évoluer ce programme de dépistage, conjointement avec l'INESSS, le MSSS et le CHU de Québec.
- Le comité des usagers est maintenant plus visible grâce à son nouveau dépliant. Ce dernier, de même que plusieurs documents liés aux droits des usagers ont été insérés dans les présentoirs (CAAP-Estrie, code d'éthique et formulaire de plaintes – français et anglais) et dans les babillards dédiés à la clientèle.
- Une nouvelle commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est en poste depuis juin 2012. Une adjointe, à raison d'un jour par semaine, est également en poste depuis quelques semaines. Le formulaire pour porter plainte est disponible dans des présentoirs localisés dans toutes les aires cliniques de l'établissement.
- Lors du colloque de la Direction québécoise de cancérologie du MSSS sous le thème « Les pratiques exemplaires », tenu le 30 novembre 2012, l'équipe d'oncologie du CHUS a mérité un

prix d'excellence dans la catégorie *Organisation des services* pour la mise en place de son système de rendez-vous en deux temps en chimiothérapie.

- Encore cette année, le Fonds Brigitte Perreault de la Fondation du CHUS a financé huit projets, pour un total de 50 245 \$, qui ont tous pour objectif d'améliorer la qualité, la sécurité ou l'humanisation des soins et services. Deux projets spéciaux de 25 000 \$ chacun ont aussi été financés par un donateur anonyme : Améliorer les soins spirituels offerts aux personnes hospitalisées et Améliorer la communication entre l'équipe soignante et les parents d'enfants malades. Voici les 8 projets :
 1. Aménager un espace approprié pour les familles fréquentant le CRCELB du CHUS.
 2. Adapter les soins pour les usagers immigrants vivant avec le VIH à l'aide d'outils visuels.
 3. Améliorer la saveur, la variété et l'apparence des menus pour les patients sous régime thérapeutique,
 4. Rendre l'utilisation des médicaments anticoagulants plus sécuritaire.
 5. Combattre l'ennui auprès des patients hospitalisés.
 6. Développer un DVD d'exercices pour les patients atteints de MPOC.
 7. Implanter un protocole donnant plus de latitude à l'équipe d'infirmières pour l'administration d'analgésique en soin postopératoire.
 8. Déployer des moyens pour mieux répondre aux attentes exprimées par les futurs parents dans leur plan de naissance.
- Le comité d'accessibilité en langue anglaise a tenu quatre réunions. La norme et pratique de gestion sur l'accessibilité en langue anglaise a été révisée et adoptée par le C.A. Les principaux changements concernent l'ajout du statut du CHUS en vertu de la Charte de la langue française « indiqué » et les impacts qui en découlent de même que l'affirmation que le CHUS s'engage à offrir ses services en anglais dans les limites des ressources disponibles. Le CHUS était aussi présent lors du Townshippier's Day en septembre 2012 à Farnham. Ce rendez-vous annuel permet d'échanger avec les membres de la communauté de langue anglaise en écoutant leurs expériences vécues au CHUS et en les informant davantage sur nos services. Le kiosque a été organisé en collaboration avec le CHUS et le comité des usagers. Les visiteurs ont exprimé beaucoup de reconnaissance envers un milieu hospitalier capable de leur offrir des soins spécialisés, plusieurs personnes de la région ont mentionné apprécier un hôpital facile d'accès dont les employés sont très compétents et surtout dédiés aux patients et lorsqu'on les questionne sur l'accès aux soins et services en anglais, les membres de la communauté de langue anglaise soulignent d'abord et avant tout les efforts déployés pour communiquer dans leur langue maternelle. Soulignons que le CHUS a présenté notre approche « Adapter l'information pour encourager la participation du patient » au colloque 2013 du CHSSN (Community Health And Social Services Network).
- Le centre de coordination en télésanté du RUIS de l'Université de Sherbrooke (le CeCoT) a assuré la pérennisation des services de télésanté, tels que la téléassistance en soins de plaies, la réservation ainsi que le soutien dans l'utilisation d'appareil de visioconférence. De nouveaux services de télésanté ont également été planifiés ou développés : planification du projet de télésoins à domicile pour MPOC, actualisation de service de discussions de cas entre un pédopsychiatre du CHUS et un médecin d'un CSSS de la région de l'Estrie, planification et actualisation d'amélioration de l'infrastructure nécessaire à la réalisation de clinique des tumeurs efficaces, planification de service de consultation d'urgence pour la clientèle pédiatrique entre le CSSS Richelieu-Yamaska et le CHU Ste-Justine en collaboration entre le

CeCoT de Montréal et de Sherbrooke, actualisation de service de consultation entre le CSSS Memphrémagog et le CHUS pour la clientèle d'hémodialyse, planification de service de réadaptation pour la clientèle 0-5 ans entre le CRE et le CRME Ste-Justine, planification et actualisation de service de téléadaptation pour la clientèle 0-5 ans entre le CRE et son point de service de Mégantic, et développement d'un calendrier d'offres de service de formation et de conférence par visioconférence.

- En matière de sécurité, outre les réalisations présentées dans la route de qualité et celles qui seront mentionnées au rapport du comité de gestion des risques, au 31 mars 2013 :
 - le CHUS a formé 1 556 employés dans le cadre du plan d'action pour réduire le recours aux mesures d'isolement et contentions. Ceci représente 53 % du personnel concerné, la cible étant à 66 %. Il faut aussi considérer que des formations connexes, comme sur le délirium, soutiennent l'utilisation judicieuse des mesures de contrôle.
 - le CHUS a reçu en cours d'année cinq rapports de coroners. L'un d'eux ne comportait aucune recommandation. Des plans d'action sont en cours pour répondre aux recommandations des autres rapports, notamment la rédaction d'une norme et pratique de gestion clarifiant les actions à prendre lors d'enquête de coroners et les liens de communication notamment avec les services de police. D'autres actions sont en lien avec des évaluations à venir des instances concernées en lien avec la pratique médicale.
 - Des activités continues ont lieu pour sensibiliser le personnel et les médecins à la déclaration et à la divulgation des incidents et accidents. Ainsi, 115 nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires ont été formées lors de leur processus d'intégration, de même que 11 nouveaux cadres. Une conseillère en gestion des risques se rend régulièrement sur les unités de soins pour rencontrer les équipes :

Avril 2012	Radiologie
Mai 2012	Néonatalogie
Juin 2012	Pédiatrie
Juillet 2012	Pédiatrie
Octobre 2012	Centrale des transports aux usagers
Novembre 2012	5 ^e A-5 ^e C de l'Hôtel-Dieu
Novembre 2012	Équipe partenariat DRHE

- De nombreux échanges téléphoniques ou rencontres ont eu lieu au cours de l'année avec des chefs pour des points de clarifications sur le formulaire de déclaration AH-1 surtout par rapport à l'analyse sommaire et à la divulgation. Il y a également eu cette année une préoccupation particulière pour la vérification des divulgations. En effet, tous les événements dont la gravité était supérieure ou égale à E2 dans l'échelle de gravité du MSSS ont été validés pour s'assurer que la divulgation soit faite et documentée (excluant les plaies de pression).
- Enfin, le rapport annuel du comité de gestion des risques est diffusé auprès de diverses instances, par exemple au POST-CA où sont présents tous les gestionnaires, au comité des usagers, à l'assemblée générale du CMDP. Le rapport est aussi disponible sur l'intranet et sur notre site internet.
- Plusieurs réalisations ont été faites en matière de mesures d'urgence et sécurité civile :
 - refaire l'étude de vulnérabilité et l'analyse des risques au CHUS;
 - mettre en œuvre le plan d'action suite à l'audit sur les infrastructures sécurité incendies;

- faire notre plan de sécurité civile, ce qui regroupe notre structure de coordination et nos processus de communication en sécurité civile, mesures d'urgence et code orange, mettre à jour notre plan de communication et nos rôles et responsabilités;
- mettre à jour nos plans locaux des mesures d'urgence, ce qui regroupe la connaissance du milieu, nos plans architecturaux et tous nos plans d'interventions spécifiques;
- débiter notre plan de diffusion pour tous les acteurs des plans de sécurité civile et mesures d'urgence;
- rédiger le guide pour les directeurs;
- rédiger le guide pour les coordonnateurs d'activités;
- rédiger le guide pour les urgences lors d'arrivée massive de blessés (code orange);
- poursuivre le programme de formation 2012-2013;
- poursuivre le programme d'entretien et d'inspection 2012-2013;

Le CHUS a également participé à un projet pilote du MSSS qui développait un plan ministériel en sécurité civile requis par la Loi sur la sécurité civile, L.R.Q. chapitre S-2.3. Par le biais de ce plan, le MSSS souhaitait doter le réseau de la santé et des services sociaux d'une organisation en sécurité civile et d'orientations cohérentes avec le cadre de référence du ministère de la Sécurité publique tout en respectant les lois applicables. La gestion des risques de sinistre (GRS) a été retenue comme base de planification en sécurité civile pour le RSSS. Le MSSS a donc développé un manuel de GRS accompagné d'une application informationnelle. Le manuel représente un processus qui oriente les organisations dans leur GRS et outille les établissements du RSSS dans la réalisation de celui-ci. Donc avant de diffuser ces outils dans tout le RSSS, le MSSS a réalisé cinq projets pilotes dans cinq établissements différents dont le CHUS pour représenter un CH en milieu urbain. Les objectifs du projet étaient de tester sur le terrain le manuel et l'application, d'identifier les éléments facilitants et les obstacles au processus, de bonifier le manuel et l'application et d'obtenir des recommandations pour une stratégie de diffusion. Notre portée a été la radio-oncologie et nous avons présenté notre expérience au Forum de sécurité civile les 7 et 8 mai 2013 à Québec.

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

Le rapport annuel d'activités 2012-2013 de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur a été présenté au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration du CHUS en juin 2013. Ce rapport fait le bilan annuel des activités liées au régime d'examen des plaintes et au respect des droits des usagers et expose les faits saillants relatifs au traitement des plaintes et aux demandes d'assistance.

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

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

6.1. Le conseil d'administration

Au cours de l'année 2012-2013, le conseil d'administration a participé activement à la mise en place de la planification stratégique 2012-2015, en s'impliquant à la définition de la vision, de la mission et des valeurs et en travaillant, étroitement avec le comité de direction, à la mise en œuvre des quatre routes du plan. De plus, il a approuvé la révision du Règlement n° 1 du conseil d'administration et a revu le fonctionnement de ses comités. Finalement, il s'est préparé à la visite d'Agrément Canada en juin 2013 en remplissant les formulaires d'autoévaluation et élaborant un plan d'action entièrement mis en place en 2012-2013.

Composition au 31 mars 2013 :

Population

Monsieur Mathieu Lemieux
Madame Christine Pomerleau

Comité des usagers

Madame Louise Gagnon-Hotte
Monsieur Denis Marceau

Université

Docteur Pierre Cossette
Madame Luce Samoisette

Fondation

Monsieur Gilles Castonguay, vice-président

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Docteur Charles Orfali

Conseil des infirmières et infirmiers

Madame Brigitte Pinsonneault

Conseil multidisciplinaire

Madame Julie Bélanger

Directrice générale

Madame Patricia Gauthier, directrice générale et secrétaire

Personnel non clinique

Madame Jocelyne Frenette

Agence (Estrie)

Monsieur Jacques Fortier, président
Monsieur Richard Royer

Cooptation

Madame Annie Duriez (*a quitté*)
Monsieur Michael Goldbloom
Monsieur Daniel Leblanc

Monsieur Richard Millette
Madame Louise Ostiguy
Madame Lucie Pelletier
Madame Paulina Lidia Grant (*en remplacement de Annie Duriez*)

6.1.1. Mandat du conseil

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

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

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

	Nombre de réunions	Taux de participation
Conseil d'administration	9	84 %
Comité administratif	5	83 %
Comité de gouvernance et d'éthique	5	92 %
Comité de vigilance et de la qualité	6	94 %
Comité de gestion des risques	7	100 %
Comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements	10	87 %
Comité de la recherche du C.A.	2	88 %
Comité des ressources humaines et de l'enseignement	4	81 %

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

Membres du comité exécutif au 31 mars 2013

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
Madame Patricia Gauthier, directrice générale
Docteur Stéphane Tremblay, directeur des services professionnels

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

En septembre 2012, il y a eu formation des onze comités et seize sous-comités du CMDP pour la période 2012-2014. Le président tient à remercier tous les membres de leur implication dans ces divers comités et sous-comités ainsi que pour le travail accompli et rappelle l'obligation d'implication et de participation en tant que membre du CMDP.

Le CMDP a maintenant son logo et toute la papeterie en provenance du secrétariat du CMDP est identifiée avec ce logo.



De plus, il a approuvé plusieurs ordonnances collectives dans les secteurs de l'endocrinologie, de la médecine nucléaire, de la néphrologie, de la médecine hospitalière, de la pharmacie, de la clinique de planning et de l'urgence.

Au cours de l'année, il y a eu révision des règlements du CMDP ainsi que ceux de tous les départements.

6.3. Le conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres du comité exécutif au 31 mars 2013

Monsieur Frédéric Grondin, président
Madame Francesca Nadeau, vice-présidente
Madame Raymonde Bouchard, secrétaire
Madame Adriana Elias, agente de communication

L'exécutif du CII s'est réuni à cinq reprises au cours de l'exercice.

Le CII a formulé un avis favorable au conseil d'administration et à la Direction générale concernant la planification stratégique du CHUS 2012-2015 en participant à la définition des valeurs du CHUS.

De plus, le CII a participé à l'élaboration de neuf ordonnances collectives, d'une règle de soins infirmiers, de six règles de soins médicaux ainsi que de vingt-deux règles d'utilisation des médicaments.

Le CII a également organisé la journée de l'infirmière et celle-ci fut un réel succès.

Au cours de l'année, le CII a émis des recommandations auprès de la Direction interdisciplinaire des services cliniques (DISC), soit :

- informer le CECII et le CECIIA à l'avance lors d'éventuelles fermetures d'unités et les consulter en ce qui concerne les moyens envisagés dans le soutien du personnel impacté par ces fermetures;
- ne pas imposer les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) à effectuer du temps supplémentaire.

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

6.4. Le conseil multidisciplinaire (CM)

Membres du comité exécutif au 31 mars 2013

Madame Suzanne K. Bédard, présidente
Monsieur Jean-François Duval, vice-président
Madame Julie Bélanger, représentante au conseil d'administration
Madame Janie Belhumeur
Madame Sonia Blouin
Madame Julie Caya
Madame Caroline Fortin
Monsieur Guy Bergeron

Membres d'office:

Madame Patricia Gauthier, directrice générale
Madame Sylvie Gatien, directrice adjointe de la Direction interdisciplinaire des services cliniques

Au cours de l'exercice, l'exécutif du CM s'est réuni à cinq reprises. L'exécutif a aussi tenu une rencontre extraordinaire afin de réfléchir sur ses orientations. Il a formulé un avis favorable au conseil d'administration et à la Direction générale concernant la planification stratégique du CHUS 2012-2015 en participant à la définition des valeurs professionnalisme et l'esprit d'équipe.

Aussi, le conseil multidisciplinaire a donné son avis concernant l'ordonnance collective ayant pour titre : *demande de test de grossesse*, qui permet de prescrire un test de grossesse chez toutes patientes en âge de procréer et à risque de grossesse par des technologues de médecine nucléaire TEP qui possèdent la formation, les connaissances et les compétences requises.

Les 28 mars et 3 avril 2013, s'est tenu l'assemblée générale annuelle du CM dans les deux établissements du CHUS. Le rapport annuel a été déposé et adopté par les membres présents. À cette occasion, l'exécutif du CM a honoré certains membres par des prix de reconnaissance.

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

6.5. Le comité des usagers

Membres du comité au 31 mars 2013

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

Au cours de l'exercice 2012-2013, le comité des usagers s'est réuni à dix reprises. De plus, il a tenu une assemblée générale où des élections ont eu lieu. L'exécutif du comité, composé du président, de la vice-présidente et du secrétaire-trésorier, s'est réuni à six reprises.

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

- participation à la journée de *l'Association des Townshippers* où le comité des usagers avait une table d'information;
- distribution de nos dépliants pendant la semaine des droits des usagers en octobre 2012, durant 4 jours aux urgences et aux entrées principales.
- élaboration d'un questionnaire sondage sur les besoins en soins spirituels en collaboration avec la DQPEP et le service des soins spirituels. Embauche de personnes pour la cueillette d'information auprès des usagers hospitalisés;

Quelque 208 demandes ont été répondues auprès des usagers (assistance, plainte, etc.) comparativement à 153 l'an dernier.

En conclusion, le comité des usagers est actif, engagé et poursuivra sa lancée en partenariat avec le CHUS. Avec la venue d'une nouvelle personne ressource, il sera en mesure d'accentuer son existence auprès de la population afin de mieux la servir et la satisfaire.

6.6. Le comité de gouvernance et d'éthique

Membres du comité au 31 mars 2013

Monsieur Jacques Fortier, président
Monsieur Gilles Castonguay, vice-président
Madame Patricia Gauthier, secrétaire
Monsieur Richard Millette, administrateur
Monsieur Richard Royer, administrateur

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à 5 reprises.

Avec les nouvelles dispositions de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (LSSSS), dont l'entrée en vigueur était le 1^{er} février 2012, le conseil d'administration se devait de consister un comité de gouvernance et d'éthique. Étant donné qu'un comité de gouvernance existait depuis 2007, il a été transformé en février 2012 en comité de gouvernance et d'éthique. Le mandat a été ajusté aux nouvelles obligations ministérielles et des règles de fonctionnement ont été élaborées.

Dans le cadre de son mandat et de ses obligations, le comité de gouvernance et d'éthique a procédé à la révision du Règlement n° 1 du conseil d'administration afin de se conformer aux nouvelles dispositions de la LSSSS. De plus, il s'est doté d'un nouveau règlement sur les règles de fonctionnement et en a recommandé son approbation au C.A. ainsi que celui du comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements. De plus, le comité a recommandé la révision des mandats de l'ensemble des comités du C.A.

En prévision de la visite d'Agrément Canada en juin 2013, le comité a pris connaissance des normes de gouvernance et des résultats des deux questionnaires d'autoévaluation, dont les membres ont

été invités à remplir en octobre 2012, et a recommandé le plan d'action qui en a découlé. Il a également assuré une vigie des actions du plan, entre autres, pour l'autoévaluation du C.A. et de ses comités, dont une révision de la norme et pratique de gestion a été soumise au C.A. en février 2013. Dans ce dossier, le comité a également revu les formulaires, le processus et a instauré une rencontre individuelle avec tous les membres du C.A. au cours de leur mandat.

À la lumière des résultats de l'autoévaluation du conseil d'administration, un plan de formation continue pour l'année 2013-2014 a été élaboré et le comité a soumis au C.A. un plan d'action constitué de 4 grands thèmes :

- favoriser les échanges entre les membres du C.A. et la direction;
- rapports des comités du C.A.;
- visite des services;
- documentation du C.A. revue sur le IPAD.

Outre ses grands dossiers, il a recommandé plusieurs normes et pratiques de gestion nouvellement créées ou révisées de l'établissement, dont quatre nouvelles NPG portées par le comité :

- NPG 1109 sur l'accueil et l'intégration du nouvel administrateur;
- NPG 1405 sur la formation continue des administrateurs;
- NPG 1406 sur l'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- NPG 1407 sur les profils de compétences et d'expériences des administrateurs.

Le comité de gouvernance et d'éthique poursuit son implication dans le dossier du développement du quartier Hôtel-Dieu auprès de la Ville de Sherbrooke en suivant les travaux du comité conjoint instauré en 2012, dont la directrice adjointe des services techniques et le directeur des ressources financières et des services techniques font partie.

6.7. Le comité de vigilance et de la qualité

Membres du comité au 31 mars 2013

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

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

Madame Patricia Gauthier, directrice générale

Monsieur Denis Marceau, membre du conseil d'administration

Madame Paulina Grant, membre du conseil d'administration

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

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

Le comité s'est doté de trois priorités annuelles :

1. Soutenir le comité de gestion des risques pour mettre en place un suivi plus rigoureux des événements graves et assurer un suivi des recommandations du comité de gestion des risques :
 - le comité a reçu copie de cinq recommandations du comité de gestion des risques;
 - le comité a également reçu les résultats de l'évaluation du comité de gestion des risques et ses trois objectifs 12-14.

2. Assurer le suivi de l'objectif de la planification stratégique « Implanter dans les opérations un système de gestion intégrée de la qualité »;
3. En collaboration avec le comité de vérification et suivi budgétaire, assurer le suivi du plan d'action en gestion intégrée des risques en portant une attention particulière aux risques directs pour les patients.

Les membres ont assuré le suivi des dossiers suivants:

- En vue de la visite d'Agrément Canada en juin 2013 : les pratiques organisationnelles requises, les normes, les sondages, le suivi aux recommandations 2010 et les plans d'action des équipes;
- Les recommandations de coroner (5), des inspections professionnelles (1) et de Santé Canada;
- Les résultats et recommandations des enquêtes menées par le Protecteur du citoyen dans notre établissement (5 dossiers);
- L'état d'avancement des travaux du groupe d'orientation expérience patient et du comité d'accessibilité aux services en langue anglaise;
- Les contrôles de qualité aux laboratoires;
- Le processus de divulgation des infections nosocomiales.

Les membres ont reçu et analysé :

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

Les membres ont été consultés ou informés sur ces dossiers :

- la situation en chirurgie oncologique;
- la campagne contre la violence aux urgences;
- la sécurité de la file de révisions des résultats;
- les soins spirituels.

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 :

- Que les plaintes touchant le stationnement soient traitées directement par la responsable des services de sécurité et de stationnement. Un rapport devra être acheminé à la CLPQS au 31 mars de chaque année.
- De nommer Me Karine Lachance, à titre de commissaire locale adjointe, à raison d'une journée par semaine.
- 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 :

- L'adoption de la norme et pratique de gestion sur l'accès au service en langue anglaise.

Du comité de gestion des risques :

- L'approbation du rapport annuel du comité de gestion des risques.

6.8. Le comité de gestion des risques

Membres du comité au 31 mars 2013

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

Madame Diane Girard, conseil multidisciplinaire
Madame Christiane Pomerleau, conseil d'administration
Madame Josée Maurice, chef de sécurité civile et planification des mesures d'urgence

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

Il a assuré le suivi des dossiers :

- bilan des incidents et accidents et registre national;
- statistiques en matière de prévention des infections et les rapports de l'INSPQ bactériémies;
- bilan des recommandations : analyses de causes souches (code orange et fugue);
- groupe de travail : analyse des omissions de médicaments;
- événements sentinelles;
- sondage sur la culture de sécurité – Agrément Canada.

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

- résultats de la surveillance des antibiotiques;
- bilan de la double vérification des patients;
- recommandations de l'inspection professionnelle de l'OIIQ.

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

- clarifier les rôles et responsabilités lors de stages;
- revoir certains aménagements en salle de césarienne et clarifier les mécanismes de communication dans certaines situations;
- clarifier des procédures dans le processus de sédation et analgésie pour les patients en ambulatoire;
- diverses recommandations pour améliorer la gestion des fugues;
- diverses recommandations pour améliorer le processus dans le déclenchement du code orange (arrivée massive de blessé);
- réviser l'offre de service des laboratoires lors de période de ralentissement d'activités prolongé;

Le comité de gestion des risques a procédé à une évaluation de son fonctionnement. Globalement, le comité entend exercer davantage un rôle stratégique et faire un suivi plus serré des plans d'action pour solutionner des problématiques qui présentent un risque pour le patient. Il en fera le suivi au comité de vigilance et qualité sous forme notamment de recommandations.

Les principaux risques d'incidents/accidents

Incidents/accidents déclarés au formulaire AH-223

	2011-2012	2012-2013
Médicaments	2 861	3 042
Chutes	1 417	1 418
Autres	<u>2 177</u>	<u>2 198</u>
Total	6 455	6 658

Le taux de déclaration des unités de soins par 1000 jours-présences a été de 21,12, en hausse de 2 % par rapport à 2011-2012 (20,73). Soulignons que les unités de soins représentent 72 % des déclarations, d'où l'intérêt de suivre l'évolution de cet indicateur.

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

7. LES RESSOURCES HUMAINES AU 31 MARS 2013

	Exercice Courant 1	Exercice précédent 2
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		
Personnel cadre		
Temps complet, nombre de personnes	144	139
Temps partiel		
Nombre de personnes	2	4
Équivalents temps complet	1	3
Personnel régulier		
Temps complet, nombre de personnes	2 700	2 599
Temps partiel		
Nombre de personnes	1 199	1 277
Équivalents temps complet	660	718
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	2 452 174	2 324 543
Équivalents temps complet	1 347	1 272

7.1. Les effectifs médicaux au 31 mars 2013

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 :

	2012-2013	2011-2012
Spécialistes	459	436
Omnipraticiens	122	121
Pharmaciens	60	57
Total :	641	614

8. ÉTATS FINANCIERS AU 31 MARS 2013 ET ANALYSE DES RESULTATS DES OPERATIONS

8.1. État des résultats de tous les fonds au 31 mars 2013

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	381 607 329	25 036 790	406 644 119	390 137 625
Subventions Gouvernement du Canada	27 029		27 029	477 584
Contribution des usagers	9 278 351		9 278 351	8 555 272
Ventes de services et de recouvrements	11 862 373		11 862 373	11 111 973
Donations	2 650 265	917 692	3 567 957	2 120 792
Revenus de placement		106 273	106 273	66 958
Revenus de type commercial	744 577		744 577	1 258 236
Gain sur disposition		1 000	1 000	243 511
Autres revenus	57 531 605	2 168 748	59 700 353	56 030 929
TOTAL DES REVENUS	463 701 529	28 230 503	491 932 032	470 002 880
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	324 262 307		324 262 307	313 669 257
Médicaments	21 509 432		21 509 432	20 684 271
Produits sanguins	11 965 197		11 965 197	9 981 589
Fournitures médicales et chirurgicales	42 028 670		42 028 670	40 463 845
Denrées alimentaires	3 182 433		3 182 433	3 141 997
Rétributions - RI	16 372		16 372	15 751
Frais financiers	731 058	8 226 781	8 957 839	8 641 305
Entretien et réparations	5 381 818	132 054	5 513 872	6 615 736
Créances douteuses	914 232		914 232	342 215
Amortissement des immobilisations		19 673 776	19 673 776	18 809 070
Perte sur disposition d'immobilisations		49 147	49 147	31 277
Autres charges	51 848 962	70 900	51 919 862	48 607 927
TOTAL DES CHARGES	461 840 481	28 152 658	489 993 139	471 004 240
SURPLUS (DEFICIT) DE L'EXERCICE	1 861 048	77 845	1 938 893	(1 001 360)

8.2. État des résultats du fonds d'exploitation au 31 mars 2013

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Activités principales \$	Activités accessoires \$	Total \$	Total \$
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	379 383 947	2 223 382	381 607 329	367 127 800
Subventions Gouvernement du Canada		27 029	27 029	299 854
Contributions des usagers	9 278 351		9 278 351	8 555 272
Ventes de services et recouvrements	11 862 373		11 862 373	11 111 973
Donations	266 202	2 384 063	2 650 265	1 065 720
Revenus de type commercial		744 577	744 577	1 258 236
Autres revenus	1 945 514	55 586 091	57 531 605	53 421 432
TOTAL DES REVENUS	402 736 387	60 965 142	463 701 529	442 840 287
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	273 525 563	50 736 744	324 262 307	313 669 257
Médicaments	21 509 432		21 509 432	20 684 271
Produits sanguins	11 965 197		11 965 197	9 981 589
Fournitures médicales et chirurgicales	42 028 670		42 028 670	40 463 845
Denrées alimentaires	3 182 433		3 182 433	3 141 997
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	16 372		16 372	15 751
Frais financiers	731 058		731 058	675 643
Entretien et réparations	5 381 818		5 381 818	6 475 745
Créances douteuses	914 232		914 232	342 215
Autres charges	42 705 317	9 143 645	51 848 962	48 366 899
TOTAL DES CHARGES	401 960 092	59 880 389	461 840 481	443 817 212
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	776 295	1 084 753	1 861 048	(976 925)

8.3. État des surplus (déficits) cumulés au 31 mars 2013

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT	(21 486 256)	3 644 527	(17 841 729)	(16 840 369)
Surplus (déficits) de l'exercice	1 861 048	77 845	1 938 893	(1 001 360)
Transferts interfonds	<u>(1 932 768)</u>	<u>1 932 768</u>		
SURPLUS (DÉFICITS) À LA FIN (1)	<u>(21 557 976)</u>	<u>5 655 140</u>	<u>(15 902 836)</u>	<u>(17 841 729)</u>
(1) Constitués des éléments suivants :				
Affectation d'origine interne - recherche			1 791 003	1 916 967
Solde non affecté			<u>(17 693 839)</u>	<u>(19 758 696)</u>
			<u>(15 902 836)</u>	<u>(17 841 729)</u>

8.4. État de la situation financière au 31 mars 2013

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert bancaire)	14 382 644	(4 984)	14 377 660	10 650 776
Débiteurs - Agence et MSSS	42 298 857	2 274 111	44 572 968	45 429 934
Autres débiteurs	14 177 908	3 484 475	17 662 383	13 610 692
Créances interfonds (dettes interfonds)	(4 684 630)	4 684 630		
Subv. à rec. - réforme comptable	31 874 737	59 453 062	91 327 799	84 186 524
Frais reportés liés aux dettes		622 532	622 532	693 333
Autres éléments	1 083 490		1 083 490	1 282 524
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	99 133 006	70 513 826	169 646 832	155 853 783
PASSIFS				
Emprunts temporaires	34 500 000	35 313 682	69 813 682	47 837 179
Autres créditeurs	46 054 898	5 859 405	51 914 303	53 410 662
Avance de fonds agence - env. déc		13 137 543	13 137 543	15 215 078
Intérêts courus à payer	47 412	2 290 240	2 337 652	2 023 332
Revenus reportés	15 916 664	32 293 011	48 209 675	42 466 243
Dettes à long terme		241 553 574	241 553 574	231 827 935
Passif au titre des avantages sociaux futurs	36 885 023		36 885 023	34 860 840
Autres éléments	637 252		637 252	665 969
TOTAL DES PASSIFS	134 041 249	330 447 455	464 488 704	428 307 238
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(34 908 243)	(259 933 629)	(294 841 872)	(272 453 455)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		265 588 769	265 588 769	242 649 240
Stocks de fournitures	11 185 589		11 185 589	10 284 181
Frais payés d'avance	2 164 678		2 164 678	1 678 305
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	13 350 267	265 588 769	278 939 036	254 611 726
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(21 557 976)	5 655 140	(15 902 836)	(17 841 729)

8.5. État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) au 31 mars 2013

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(33 448 742)	(239 004 713)	(272 453 455)	(244 314 527)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	<u>1 861 048</u>	<u>77 845</u>	<u>1 938 893</u>	<u>(1 001 360)</u>
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisition		(42 662 452)	(42 662 452)	(45 094 224)
Amortissement de l'exercice		19 673 776	19 673 776	18 809 070
(Gain) / Perte sur dispositions		48 147	48 147	(212 234)
Produits sur dispositions		<u>1 000</u>	<u>1 000</u>	<u>243 511</u>
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		<u>(22 939 529)</u>	<u>(22 939 529)</u>	<u>(26 253 877)</u>
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures	(901 408)		(901 408)	(847 538)
Acquisition de frais payés d'avance	<u>(486 373)</u>		<u>(486 373)</u>	<u>(36 153)</u>
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	<u>(1 387 781)</u>		<u>(1 387 781)</u>	<u>(883 691)</u>
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(1 932 768)	1 932 768		
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	<u>(1 459 501)</u>	<u>(20 928 916)</u>	<u>(22 388 417)</u>	<u>(28 138 928)</u>
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	<u><u>(34 908 243)</u></u>	<u><u>(259 933 629)</u></u>	<u><u>(294 841 872)</u></u>	<u><u>(272 453 455)</u></u>

8.6. État des flux de trésorerie au 31 mars 2013

	EXERCICE COURANT \$	EXERCICE PRÉCÉDENT \$
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit)	1 938 893	(1 001 360)
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Créances douteuses	914 232	342 215
Stocks et frais payés d'avance	(1 387 781)	(883 691)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	48 147	(212 234)
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations - autres	917 692	1 055 072
Amortissement des immobilisations	19 673 776	18 809 070
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	194 596	148 161
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	20 360 662	19 258 593
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	668 475	8 325 845
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	22 968 030	26 583 078
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations		
Acquisitions	(42 662 452)	(45 094 224)
Produits de disposition	1 000	243 511
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations	(42 661 452)	(44 850 713)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation d'autres éléments		
Subvention à recevoir - Réforme comptable	(7 141 275)	(6 068 076)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement	(7 141 275)	(6 068 076)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes		
Emprunts effectués - Dettes à long terme	22 436 942	78 851 957
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2 322 192	12 443 145
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(12 711 303)	(10 636 888)
Emprunts remboursés- Refinancement de dettes à long terme	(2 322 192)	(12 443 145)
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	8 500 000	2 000 000
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	39 153 464	51 017 540
Emprunts temporaires effectués - refinancement fonds d'immobilisations	(24 759 134)	(91 295 103)
Emprunts temporaires remboursés- fonds d'immobilisations	(917 827)	(5 500 000)
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	31 702 142	24 437 506
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	4 867 445	101 795
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	9 650 172	9 548 377
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	14 517 617	9 650 172
Encaisse		

	EXERCICE COURANT \$	EXERCICE PRÉCÉDENT \$
AUTRES RENSEIGNEMENTS		
Immobilisations		
Comptes à payer sur les immobilisations	5 859 405	4 719 626
Intérêts		
Intérêts créditeurs (revenus)	7 404	4 718
Intérêts encaissés (revenus)	259 463	242 296
Intérêts débiteurs (dépendances)	2 337 652	2 023 332
Intérêts déboursés (dépendances)	8 643 519	8 201 088
Avoirs financiers		
Espèces, effets en main et dépôts en circulation	275 327	320 712
Débiteurs Agence-MSSS	856 966	(4 366 791)
Autres débiteurs	(4 051 691)	(782 222)
Créances interfonds et interétablissements	8 641 822	4 634 275
Frais reportés liés aux dettes	70 801	(308 686)
Autres éléments d'actifs	199 034	325 855
Provision pour créances douteuse	(914 232)	(342 215)
Escompte ou prime	(194 596)	(148 161)
Chèques en circulation	865 234	(651 283)
Autres créditeurs et frais à payer	527 824	8 316 938
Intérêts courus à payer sur emprunts	314 320	292 056
Dettes interfonds et interétablissements	(8 641 822)	(4 634 275)
Revenus reportés à court terme	4 825 740	1 685 943
Avance en provenance des agences - enveloppes décentralisées	(2 077 535)	3 892 128
Autres éléments de passifs	(28 717)	91 571
Excédent des éléments de passifs sur les avoirs financiers reliés au fonctionnement	668 475	8 325 845

8.7. Intérêt économique dans un organisme

La Fondation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke inc. (la Fondation), constituée selon la partie III de la Loi sur les compagnies (Québec), a pour objet de recueillir les contributions versées en faveur de notre établissement. Durant l'exercice, l'établissement a obtenu des dons de la Fondation pour un montant de 6 653 245 \$ (équipements : 4 647 644 \$, recherche : 684 404 \$, soins médicaux : 1 321 197 \$). Au 31 mars 2013, on retrouve un montant de 1 349 301 \$ à recevoir de la Fondation au niveau du fonds d'immobilisations.

De même, l'établissement a facturé à la Fondation un montant total de 1 144 964 \$ (fonds d'exploitation – location : 580 658 \$ et vente de services : 564 306 \$). Au 31 mars 2012, on retrouve un montant de 75 372 \$ à recevoir.

8.8. Rapport de l'auditeur indépendant

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

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

31 mars 2013

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			Colonne 5, 6 et 7 : R : pour réglé PR : pour pratiquement réglé NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011/2012	R	À compter de l'exercice 2012-2013 ces passifs sont comptabilisés	X		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant Les analyses des rapports financiers annuels pour les exercices terminés le 31 mars 2008, le 31 mars 2009, le 31 mars 2010 et le 31 mars 2011 n'ont pas été reçues.	2007-2008	C	L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie n'a toujours pas effectué les analyses des rapports financiers annuels.			X

Rapport à la gouvernance Fermeture automatique d'une session, par le système, après une période d'inactivité : Actuellement, le système informatique n'est pas confirmé pour qu'il redemande le mot de passe après une certaine période d'inactivité. Pour être efficace, ce contrôle ne doit pas simplement consister à mettre un écran de veille où l'on peut revenir au système en appuyant sur une touche, mais doit faire en sorte que l'ordinateur soit désactivé du système. De plus, il doit être configuré sur chaque poste de travail sans qu'il y ait possibilité pour l'utilisateur de désactiver cette fonction. La situation actuelle augmente le risque d'accès non autorisé à des fichiers.	2006-2007	O	La fermeture automatique de Windows a été prise en charge par «Actif directory» pour le secteur de la bureautique, à partir de juin 2012. Le délai d'inactivité pour la fermeture est de 10 minutes. Le projet de fermeture de session automatique de Windows a été complété au 31 mars 2013.	X		
Conflits d'intérêts : Actuellement, la politique en place relative aux conflits d'intérêts permet seulement de recenser les divulgations volontaires. La politique devrait être revue de façon à ce que tous les cadres et hors-cadres déclarent systématiquement s'ils ont ou non des intérêts dans des entités pouvant être conflictuels et qu'une personne soit chargée de s'assurer qu'il y ait une confirmation écrite de la part de chaque cadre et hors-cadre à cet effet.	2007-2008	O	Le processus de déclaration de conflits d'intérêts a été mis à jour en totalité au cours de l'année 2012 auprès de l'ensemble des cadres, médecins, chercheurs et autre personnel concerné. Cet exercice sera refait tous les 3 ans. De plus, nous avons un processus systématique de complétion de la déclaration de conflits d'intérêts lors de l'embauche ou la nomination de nouveaux cadres, médecins, chercheurs et autre personnel concerné. Ces derniers doivent obligatoirement déclarer leurs conflits d'intérêts et un processus est maintenant en place afin de s'assurer d'obtenir ces déclarations de la part de toutes les personnes concernées.	X		

Prise d'inventaire Une prise d'inventaire en ce qui concerne le bloc opératoire n'a pas été effectuée en date du 31 mars 2012. Des erreurs quant aux quantités en inventaire peuvent donc être présentes. Au minimum, une prise d'inventaire doit être effectuée chaque année afin de s'assurer que les quantités en inventaire sont adéquates, d'autant plus que les inventaires du bloc opératoire ne sont pas compilés dans un système d'inventaire permanent.	2011-2012	C	L'inventaire du bloc opératoire a été pris en fin d'année 2013.	X		
Réception d'inventaire et d'achats directs Avec l'implantation du nouveau système d'inventaire en novembre 2011, des problèmes relatifs à la réception de marchandises sont survenus (ex. : marchandises réceptionnées en double et erreur dans les quantités incluses dans les emballages). Des erreurs quant aux quantités en inventaire et aux achats directs sont donc présentes. Certains volets reliés au processus de réception doivent être revus afin de s'assurer que les quantités en inventaire et les dépenses sont adéquates.	2011-2012	O	L'inventaire, pour les entrepôts de pharmacie et de produits médicaux - centre de distribution, est vérifié de façon systématique par l'entremise d'un processus de décompte cyclique où chaque emplacement est vérifié au moins une fois par année. Les marchandises de grande valeur où de hautes criticités sont décomptées plus fréquemment. L'exactitude des inventaires est donc passée de 13% (avant l'utilisation de COPILOTE en 2011) à 91% en 2012. Pour le processus de la réception des achats directs, la situation des doublons s'est résorbée et le taux d'erreur est sensiblement le même qu'avant l'implantation de COPILOTE, soit 0,48%. De plus, en 2012, nous avons entrepris un projet de documentation de nos processus, dans un cadre d'amélioration continue, afin d'identifier les lacunes et les pistes d'amélioration. Nous comptons élargir un groupe de travail en 2013 avec les achats et la comptabilité.		X	

Constatation relative au processus d'appel d'offre Lorsqu'un contrat comportant une dépense supérieure au seuil d'appel d'offres public ou sur invitation est plutôt conclu de gré à gré dans l'un ou l'autre des cas énumérés à l'alinéa 13 de la Loi sur les contrats des organismes publics, l'établissement doit s'assurer d'obtenir l'autorisation du dirigeant de l'organisme public et doit en informer le ministre responsable annuellement. À la suite de nos travaux d'audit, nous avons constaté que la notion «dans l'intérêt public» était utilisée dans plusieurs cas pour justifier le fait de ne pas aller en appel d'offres sur invitation ou public. Cette notion devrait être utilisée de façon limitée et donc des appels d'offres devraient être appliqués presque à l'ensemble des achats et des projets. L'établissement s'assurerait ainsi de profiter des meilleurs prix possibles.	2011-2012	O	Nous considérons raisonnable la proportion actuelle des contrats négociés de gré à gré avec une dérogation qui sont accompagnés d'une reddition de comptes rigoureuse, respectant bien l'exigence de la LCOP. Ainsi, pour les périodes 1 à 12 de l'année financière 2012/2013, le montant de tous les contrats qui ont fait l'objet d'appels d'offres est de 48,7M\$ sur un montant total de contrats de 72,4M\$. Les dérogations représentent donc 33% du montant total. En ce qui concerne la portion des contrats négociés de gré à gré évoquant la clause 13.4 de la LCOP (intérêt public), elle représente 5,7M\$ ou 24% du montant total de toutes les dérogations (23,7M\$). D'ailleurs, par rapport au montant total de 72,4M\$, cette portion (5,7M\$) des dérogations représente 8%. Nous croyons que le pourcentage des montants en question, à l'heure actuelle, représente fidèlement la culture et les besoins organisationnels et, dans le cas du Service des achats, la capacité d'exécution des mandats en termes de ressources humaines et technologiques.		X	
---	-----------	---	---	--	---	--

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

Membres du comité au 31 mars 2013

Monsieur Daniel Leblanc, président

Madame Lucie Pelletier, administratrice

Monsieur Richard Millette, administrateur

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

Au cours de l'exercice 2012-2013, le comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements s'est réuni à dix reprises. Puisqu'il s'agit maintenant d'un comité obligatoire par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il a révisé son mandat et élaboré de nouvelles règles de fonctionnement. Le comité s'est également doté d'objectifs pour l'année 2012-2013 :

- l'équilibre budgétaire – plan d'action et suivi : équilibre budgétaire réalisé;
- la gouvernance des projets, instauration d'un portefeuille de projets et mise en place des processus : réalisé;
- la logistique hospitalière à mettre en place : projet en cours pour 2013-2014;
- l'évaluation des appels d'offres sur le nombre de dérogations d'intérêts publiques : à venir;
- la réflexion sur l'instauration pour 2012 d'un auditeur interne opérationnel : réflexion en cours.

Le comité s'est également assuré de l'utilisation optimale et du suivi de l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières du CHUS, et de la mise en place d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires du CHUS.

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.

- **Gestion des risques :**

Une rencontre a eu lieu entre le président du comité de vigilance et de la qualité, la directrice de la qualité, de la planification, de l'évaluation et de la performance, le directeur des ressources financières et des services techniques et le président du comité de vérification, de suivi budgétaire et des investissements pour définir le rôle d'intervention de chacun. Ce dossier a été priorisé et le comité en fera un suivi régulier et s'assurera de la mise en place d'une gestion des risques efficiente.

8.11. Principales données opérationnelles

	Exercice courant	Exercice précédent	Variation	
			Nombre	%
<u>Hospitalisations - Admissions</u>	31 537	31 279	258	0,82
<u>Jours-présence</u>	226 680	228 900	(2 220)	(0,97)
<u>Durée moyenne de séjour</u>				
Soins généraux et spécialisés - adultes	7,28	7,46	(0,18)	(2,41)
Pédiatrie	4,03	3,80	0,23	6,05
Soins psychiatriques	22,84	22,93	(0,09)	(0,39)
Natalité - séjour de la mère	2,91	2,76	0,15	5,43
Natalité - séjour de l'enfant	3,49	3,80	(0,31)	(8,16)
<u>Médecine de jour - jours-soins</u>	33 662	30 945	2 717	8,78
<u>Bloc opératoire - usagers</u>				
Hospitalisés	9 047	8 738	309	3,54
Ambulatoire	6 232	5 965	267	4,48
Chirurgie d'un jour	11 856	11 569	287	2,48
Total	27 135	26 272	863	3,28
<u>Urgence</u>				
Visites	88 923	89 289	(366)	(0,41)
Patients sur civières	47 878	47 322	556	1,17
Ambulances	19 723	18 822	901	4,79
<u>Consultations externes</u>				
Santé physique - visites	232 454	220 728	11 726	5,31
Santé mentale - usagers	5 003	4 540	463	10,20
<u>Centres d'activités diagnostiques et thérapeutiques - Accroissement de volume d'activités</u>				
Endoscopie - examens	15 201	13 538	1 663	12,28
Laboratoires - procédures pondérées	23 205 932	20 913 160	2 292 772	10,96
Médecine de jour - jours-soins	33 662	30 945	2 717	8,78
Bloc opératoire - heures-présence	38 988	36 235	2 753	7,60
Chirurgie d'un jour - usagers	12 570	11 792	778	6,60
Consultations externes - visites	232 454	220 728	11 726	5,31
Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle - UTP	558 170	534 245	23 925	4,48
Hémato-oncologie- traitements	11 566	11 226	340	3,03
<u>Centres d'activités - Réduction de volume d'activités</u>				
Dialyse rénale - traitements	27 701	29 585	(1 884)	(6,37)
Médecine nucléaire - UTP	1 598 550	1 634 965	(36 415)	(2,23)
Jours-présence	226 680	228 900	(2 220)	(0,97)

8.12. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

Au cours de l'exercice 2012-2013, aucun cas de manquement n'a été constaté par les instances disciplinaires.

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

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

REDDITION DE COMPTES

2012-2013

10 mai 2013

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

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

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2012-2013 de : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

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

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2012-2013.

Signé à Sherbrooke le 10 mai 2013

Nom : Mme Patricia Gauthier

Titre : Directrice générale

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2011-2012</i>	<i>Engagements 2012-2013</i>	<i>Résultats** 2012-2013</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	24,1	40,0	38,1
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	8,1	0,0	0

Commentaires

1.08.06 Le nombre de places en suivi intensif a augmenté au cours de la présente année. L'an dernier, nous avons bâti notre équipe en suivi intensif. Depuis le 24 janvier 2011, il y a eu une prise en charge de la clientèle de Sherbrooke.

1.08.05 En 2012-2013, nous n'avons déclaré aucun patient en suivi d'intensité variable

Nom : Johanne Simard

Date : 10 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012

** Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2011-2012</i>	<i>Engagements 2012-2013</i>	<i>Résultats** 2012-2013</i>
1.03.07 Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	N/D	50%	N/D
1.03.09 Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	75%	75%	100%

Commentaires

Durant l'année 2012-2013, les étapes suivantes ont été réalisées

- Fin des travaux des sous-groupes de travail pour « Autonomie et État cognitif » par le comité d'Experts conseils sur les pratiques de soins (printemps – automne 2012)
- Mise en place d'un projet expérientiel dans les unités 4A-4C CHUS-HD. Implantation du module 5 (Syndrome d'immobilisation) et essai d'une stratégie de coaching
- Maintien des formations sur le délirium (+/-30% des intervenants formés)

Les objectifs 2013-2014 sont les suivants

- Sensibiliser la communauté du CHUS aux valeurs de l'approche adaptée à la personne âgée. Campagne de sensibilisation préparée par la Direction des communications et affaires publiques (septembre 2013).
- Implanter le module 5 (Syndrome d'immobilisation) et le module 6 (Délirium) à l'urgence (septembre 2013)
- Implanter le module 6 (Délirium) dans l'ensemble des unités d'hospitalisation du CHUS (Automne 2013 - Hiver 2014)
- Intégrer les signes « AINÉS » dans le continuum Ariane.

Nom : Hélène Loiselle /Céline Gervais

Date : 10 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012

** Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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* 2011-2012</i>	<i>Engagements 2012-2013</i>	<i>Résultats** 2012-2013</i>
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	90%	92%	96%
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	86%	90%	91%
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	98%	98%	97%
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	91%	90%	91%
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	89%	90%	89%
1.09.08A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	94%	100%	93%
1.09.08B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	87%	90%	80%
1.09.09A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	75%	100%	84%
1.09.09B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	35%	90%	36%
1.09.10A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	100%	100%	100%
1.09.10B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	52%	60%	39%
1.09.07 Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	99,4%	98%	98.6%
1.09.33 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de	45,9%	70%	59.4%

calendrier)			
-------------	--	--	--

Commentaires

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

Un plan d'action a été élaboré à l'automne 2011 pour favoriser l'accessibilité au bloc opératoire et contrer la pénurie de main-d'œuvre. Ce plan d'action s'est actualisé en novembre 2012.

Nous notons une augmentation de la production chirurgicale de 1516 patients comparativement à l'année précédente.

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

Pour la proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie, en 2012-2013 le suivi des délais s'est poursuivi de façon rigoureuse. Le temps supplémentaire et la réorganisation constante du service de radio-oncologie font partie des stratégies utilisées et modulées en fonction de la clientèle à desservir afin de maintenir l'accessibilité

Pour la chirurgie oncologique, nous avons une augmentation de 58 % des chirurgies réalisées. Nous traitons en moyenne 176 patients en chirurgie oncologique par période (2011-2012, la moyenne était de 111 patients).

Nom : Bruno Lavoie, Linda Cormier, Josée Dion	Date : 10 mai 2013
--	---------------------------

* Résultats en date du 31 mars 2012

** Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention : Urgences

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

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	16,7%	<15,0%	15.6%
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	3,1%	<1,0%	2.8%
1.09.01 Séjour moyen sur civière (heures)	13,6	<11,0	13.3

Commentaires

En 2012-2013, le séjour moyen global sur civière dans les urgences a diminué légèrement comparativement à 2011-2012, passant de 13.6 à 13.3.

Voici la répartition des visites à l'urgence en fonction des côtes de triage. Nous pouvons constater une hausse des visites pour les priorités 2 et 3 et une diminution pour les priorités 4 et 5.

	2011-2012	2012-2013	Variation en %
• Cote de triage 1	398	388	- 2.5 %
• Cote de triage 2	5506	5645	+2.5 %
• Cote de triage 3	32 225	33 650	+4.4 %
• Cote de triage 4	40 148	39 330	- 2.0 %
• Cote de triage 5	10 665	9 604	- 9.9 %

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

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

Le 14 décembre 2011, il y a eu l'implantation de la réorientation des patients vers une "clinique-réseau-CMU". En 2012-2013, nous avons eu la possibilité de référer 106 patients par semaine de gravité 4 et 5. Depuis février 2013, la clinique accueille la clientèle les dimanches. Au total pour l'année, nous avons référé 4055 patients vers cette clinique, pour une moyenne de 312 patients référés par période.

Nom : Luc Lizotte

Date : 10 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012

** Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

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

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
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 : 2,40 Hôtel-Dieu : 3,70	Fleurimont : 6,60 Hôtel-Dieu : 9,00	Fleurimont : 3,2 Hôtel-Dieu : 3,3
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 : 0,08 Hôtel-Dieu : 0,14	Fleurimont : 1,30 Hôtel-Dieu : 0,96	Fleurimont : 0,14 Hôtel-Dieu : 0,18
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 : Chir. : 0,39 Médical : 0,63 Néonatal : 1,92 Hôtel-Dieu : Mixte : 0,00	Fleurimont : Chir. : 3,15 Médical : 3,15 Néonatal : 6,62 Hôtel-Dieu : Mixte : 3,15	Fleurimont : Chir. : 0,41 Médical : 0,0 Néonatal : 0,76 Hôtel-Dieu : Mixte : 0,85

Commentaires	
-1.01.19.1 : Nos taux de C-difficile sont parmi les meilleurs de la province et en deçà des cibles que nous devons atteindre! Rigueur accrue dans la surveillance que nous faisons sur les unités de soins, information au personnel et mise à niveau des procédures. -1.01.19.2 : 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 des ceux de l'an passé! -1.01.19.3 : Nous sommes « tolérance zéro » en ce qui concerne les bactériémies, nous avons donc fait des interventions très ciblées afin que le respect des mesures applicables à ce type d'intervention soit rigoureusement respecté. Ce qui explique probablement les excellents taux.	
Nom : Josée Vachon	Date : 10 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012

** Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	Créneaux d'expertise et formation
-----------------------------	--

Objectifs de résultats	4.2.2 Assurer la formation et la disponibilité de milieux de stage adaptés et diversifiés, notamment pour les disciplines de base, dans les régions du Québec
-------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2011-2012</i>	<i>Engagements 2012-2013</i>	<i>Résultats** 2012-2013</i>
5.01.01 Nombre de milieux de stage par discipline (santé)	N/D	Augmentation	8

Commentaires

Voici les données pour le nombre d'installations (sites) recevant des étudiants en médecine et le nombre de mois par stage pour les disciplines de base.

Nous n'avons pas de comparatif pour l'année 2011-2012, mais pouvons faire l'hypothèse que les données sont similaires. Compte tenu que nous sommes limités en ce qui a trait au nombre d'installations (2 sites), les possibilités d'augmentation sont limitées et vont demeurer stables dans le temps.

Nombre de site recevant des stagiaires en médecine			Nombre de mois/stage par discipline de base
Médecine familiale			
CHUS	N/D	0	0
Chirurgie générale			
CHUS Fleurimont	N/D	2	12
Médecine interne			
CHUS	N/D	2	24
Pédiatrie			
CHUS - Fleurimont	N/D	1	12
Obstétrique-gynécologie			
CHUS - Fleurimont	N/D	1	12
Psychiatrie			
CHUS	N/D	2	24

Nom : Sasha Cardinal / Bruno Roy**Date : 10 mai 2013**

* Résultats en date du 31 mars 2012

** Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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* 2011-2012</i>	<i>Engagements 2012-2013</i>	<i>Résultats** 2012-2013</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	6,31%	<5,44%	6.87%
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,96%	<3,13%	4.12%
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,00%	0,00%	0%
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,00%	0,00%	0%
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,00%	0,00%	0%
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	N/D	0,00%	0%

Commentaires

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

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

Le temps supplémentaire est nécessaire pour combler des quarts de travail non comblés dus à la rareté de main-d'œuvre infirmière. En 2012-2013, nous observons une augmentation du temps supplémentaire, ce qui a pour impact que les ressources en place sont beaucoup plus sollicitées pour faire du temps supplémentaire et ainsi supporter l'augmentation des congés (absences maladie, congés de maternité, retraites progressives,

études temps partiels) et plus particulièrement cette année des congés pour retour aux études.

Depuis décembre 2012, nous observons une augmentation de 30 % de l'utilisation du temps supplémentaire imposé aux infirmières. Suite à ce constat, la direction a recommandé aux membres du conseil d'administration la fermeture de 29 lits et ceci est effectif depuis le 25 février.

Présentement, nous sommes en campagne intensive de recrutement qui vise à embaucher 35 infirmières à temps complet au cours des prochains mois. Ce recrutement va nous permettre la réouverture des 29 lits.

Nom : Sasha Cardinal

Date : 10 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012

** Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

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

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2011-2012</i>	<i>Engagements 2012-2013</i>	<i>Résultats** 2012-2013</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	5,38%	<5,00%	5.56%
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Non réalisé	Réalisé	Réalisé

Commentaires

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

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

En février 2011, le CHUS a adhéré à la communauté de pratique provinciale basée sur CSA Z-1000. Nous avons débuté la mise en place d'une structure de gestion des risques SST par la création d'un nouveau CPSST lequel implique une définition des niveaux de participation du personnel, des gestionnaires et de la direction. Nous avons complété le registre de l'examen initial des risques (temps 0).

Nous avons formé env. 18 intervenants (santé, DQPEP, achats, GBM, services techniques, représentants syndicaux) Participation à 6 formations différentes en vue de permettre notamment l'utilisation des outils d'analyse de risques dans le milieu de travail.

Dans la poursuite de ces travaux, nous avons mis en place un Groupe de travail à l'urgence HD pour contrer la violence émanant des patients. Les travaux de groupe de travail ont notamment permis de sensibiliser le personnel et les outiller et de sensibiliser les usagers via des affiches portant sur le fait que les comportements ou paroles violentes n'ont pas leur place au CHUS

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

3.01 En 2012-2013, le ratio d'assurance-salaire s'est détérioré comparativement à l'an dernier.

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

- Sensibilisation de tous les partenaires;
- Promotion du programme d'aide aux employés – Tournée de promotion réalisée en avril 2013;
- Prise en charge plus rapide : accès de façon préventive à une infirmière et au médecin du bureau de santé;
- Prise en charge des moyens de traitements et de réadaptation (physiothérapie, imagerie médicale et l'accès à des spécialistes);
- Prise en charge et soutien lors d'invalidité en lien avec la santé globale de l'employé;
- Assignation temporaire du personnel en invalidité;
- Postes réservés pour les cas avec limitations permanentes;
- Accommodement selon les conditions médicales;
- Planification et accompagnement lors du retour au travail;
- Expertises médico-légales;
- Arbitrages médicaux;
- Promotion de saines habitudes de vie (CHUS Énergique);

Un plan d'action présence au travail a été déposé et il est en début de réalisation (plan 2012-2014)

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

3.10 En 2012-2013, nous avons accentué le programme de soutien clinique afin de favoriser l'adaptation et la rétention chez nos professionnels. Cette approche a été actualisée avec une structure permanente et récurrente.

Nom : Sasha Cardinal

Date : 10 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012

** Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	<i>L'accessibilité aux services</i>
-----------------------------	--

Objectifs de résultats	6.6.1 Accès aux services d'imagerie Plan d'action permettant d'ici 24 mois • de réduire l'attente à moins de 3 mois pour examen • le délai de lecture à 7 jours • le délai de l'inscription à 7 jours
-------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2011-2012</i>	<i>Engagements 2012-2013</i>	<i>Résultats** 2012-2013</i>
1.09.34 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale	62%	100%	39.13%
1.09.35 Proportion examens lus dans un délai de 7 jours ou moins	87,4%	100%	81.93%
1.09.36 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale	67,9%	100%	88.6%
1.09.37 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins	84,5%	100%	74.9%

Commentaires

Les délais d'attente se sont allongés graduellement au cours de l'année suite à une diminution de disponibilité des médecins radiologues (départ, maladie...). La priorité a été mise à la lecture des examens faits, ce qui a aussi contribué à allonger les délais d'attente. Lorsque c'était possible, certains patients ont été référés dans d'autres centres de la région.

Actuellement, une demande de soutien a été adressée à l'ensemble des DSP de la région et du RUIS. Pour nous aider, nous avons fait appel à des « médecins dépannages » ainsi qu'à des cliniques privées.

Présentement, nos rapports statistiques ne nous permettent pas d'inclure la clientèle élective urgente et semi-urgente. Cette situation va être rétablie en 2013-2014. Cet ajustement aura un impact favorable sur les résultats.

Nom : Maryse Lachance**Date : 10 mai 2013**

* Résultats en date du 31 mars 2012

** Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	Hygiène et salubrité
-----------------------------	-----------------------------

EGI MSSS-Agence 2012-2013, chapitre 3 priorités régionales, page 13

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2011-2012</i>	<i>Engagements 2012-2013</i>	<i>Résultats** 2012-2013</i>
2.02.02 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	N/D	75%	0%

Commentaires

L'indicateur 2.02.02 comprend la réalisation de 4 étapes soit;

- Responsable de la gestion des zones grises
- Relevé des équipements, du matériel et des surfaces
- Service responsable de l'intégrité sanitaire
- Registre de suivi

Voici les actions qui ont été réalisées :

- Nommer un responsable de la gestion des zones grises
- Le registre des procédures de nettoyage et de désinfection (général)
- Désignation du service responsable de l'intégrité sanitaire (planification, exécution, contrôle du nettoyage et désinfection)
- Le registre pour une unité de soins pilote.

Les actions débutées et à poursuivre sont :

- Déploiement du registre sur l'ensemble des unités (34) et du secteur de l'ambulatoire
- Nommer un responsable pour chaque unité
- Déterminer qui fait le nettoyage pour chaque item (exemple. clavier ordinateur dans les chambres des patients, thermomètres, etc...)
- Mise en place d'un registre par unité (signature que le nettoyage est fait pour chaque appareil par l'intervenant identifié)

Des actions sont débutées, par contre aucune unité de soins ne répond entièrement aux 4 critères.

Nom : André Lortie	Date : 10 mai 2013
---------------------------	---------------------------

* Résultats en date du 31 mars 2012

** Résultats en date du 31 mars 2013

ANNEXE 2 – CARTE DE LA PERFORMANCE

OUTIL D'ANALYSE ET D'AIDE À LA DÉCISION

Cet outil a pour but de nous aider à maintenir ou améliorer la performance de la trajectoire patient par la recherche d'un équilibre dynamique des quadrants de la carte de performance. Nous souhaitons qu'il aide à générer [les bonnes questions / réflexions](#).

Titre :

Nom :

Date :

1. Lors de la prise de décision, l'outil peut nous aider à anticiper les impacts des actions prévues →
2. Lors de l'analyse d'une problématique, l'outil peut nous aider à identifier les causes du problème →
3. Lors de la planification de projet ou de changement, l'outil peut nous aider à bâtir un plan d'action →

"Est-ce que la décision pourrait avoir un impact sur ... ?"

"Est-ce que la problématique pourrait être reliée avec ... ?"

"Lors du projet ou du changement, devrais-je agir sur ... ?"

Efficiency de nos **PROCESSUS**

Connaissance de nos processus	☐ ... la connaissance et la compréhension du processus par les intervenants ☐ ... les partenaires et les interactions en amont du processus (avant) ☐ ... les partenaires et les interactions en aval du processus (après) ☐ ... la durée et la fluidité du processus (ex : DMS)
Amélioration et maîtrise de nos processus	☐ ... les gaspillages et la non valeur ajoutée des actions du processus ☐ ... la continuité et la coordination du processus ☐ ... la standardisation et le niveau de respect du processus ☐ ... la qualité de suivi et de mesure du processus (audits, indicateurs)
Gouvernance	☐ ... les rôles et responsabilités ☐ ... les mécanismes de prises de décision ☐ ... les mécanismes de résolution de problème ☐ ... la fréquence, la durée et l'efficacité des rencontres
Planification et évaluation	☐ ... l'alignement par rapport aux objectifs et à la planification stratégique ☐ ... l'ampleur des changements et la capacité d'adaptation des équipes ☐ ... la coordination des plans d'action, leur suivi ou leur pérennisation ☐ ... la capacité de définir, de mesurer ou d'évaluer les résultats

Engagement des personnes envers nos **PRATIQUES**

Leadership	☐ ... la crédibilité, la légitimité ou la proximité du gestionnaire ☐ ... le niveau d'engagement des équipes ☐ ... la clarté et la cohérence des résultats à atteindre ☐ ... l'autonomie et la délégation dans les équipes
Compétences	☐ ... les connaissances (savoir) et habiletés techniques (savoir faire) ☐ ... les comportements et attitudes (savoir-être) ☐ ... l'accueil, l'orientation et l'intégration des ressources humaines ☐ ... le développement et la formation des ressources humaines
Pratiques professionnelles	☐ ... l'intégration de pratiques basées sur les données probantes ☐ ... la standardisation et le respect des pratiques implantées ☐ ... la conformité aux normes, standards et lois ☐ ... l'intégration de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation
Communication	☐ ... l'adhésion des acteurs à une vision centrée sur le patient et sa trajectoire ☐ ... l'adhésion à la culture et aux valeurs de l'organisation ☐ ... les relations interpersonnelles (liens d'appartenance, collaboration) ☐ ... les structures et modes de communication

Utilisation judicieuse de nos **RESSOURCES**

Besoins et disponibilité des ressources	☐ ... les coûts financiers non récurrents et récurrents (partenaires inclus) ☐ ... les efforts humains non récurrents et récurrents (partenaires inclus) ☐ ... les besoins en ressources matérielles et leur disponibilité ☐ ... les besoins en ressources informationnelles ou technologiques
Répartition des ressources	☐ ... l'organisation du travail (répartition des tâches et de la charge) ☐ ... l'environnement physique (aménagement, ergonomie, déplacements) ☐ ... la répartition des ressources entre services, programmes ou directions ☐ ... la répartition des ressources entre les projets et les opérations courantes
Utilisation des ressources	☐ ... la productivité des ressources matérielles (taux d'utilisation) ☐ ... le respect des coûts et des budgets ☐ ... le rendement et la contribution des ressources humaines ☐ ... la mise à jour et l'utilisation des ress. informationnelles (dont le DCI)
Bien-être et entretien des ressources	☐ ... le climat et la satisfaction au travail ☐ ... la santé et sécurité au travail ☐ ... la rétention et la stabilité des ressources humaines ☐ ... la désuétude et la maintenance des ress. matérielles et technologiques

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

Expérience des patients	☐ ... la connaissance des profils et de la trajectoire de nos patients ☐ ... la mesure des besoins et des attentes des patients et de ses proches ☐ ... l'expérience vécue du patient et de ses proches ☐ ... la participation du patient et de ses proches dans les soins
Offre de soins et services	☐ ... le volume d'activité (nombre de patients, visites ou de requêtes) ☐ ... l'accessibilité des soins ou des services (délais d'attente...) ☐ ... l'équité des soins ou des services ☐ ... la gamme de soins ou de services
Qualité des soins et des services	☐ ... la pertinence des soins ou des services (bonne action au bon patient) ☐ ... la sécurité des soins ou des services (gestion des risques) ☐ ... l'approche attentive aux patients et à ses proches ☐ ... l'efficacité des soins ou des services
Partenariats et interdisciplinarité	☐ ... l'implication des partenaires de la trajectoire patient (au bon moment) ☐ ... le respect des rôles de ces partenaires internes et externes ☐ ... la collaboration et l'utilisation de l'expertise des partenaires ☐ ... le rayonnement du CHUS (dans son RUIS...)

ANNEXE 3 - TABLEAU DE BORD DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

PLANIFICATION STRATÉGIQUE
Indicateurs de suivi - après 13 périodes
Mars 2013

Indicateur	Cumul 12-13	Cible annuelle	Appréciation	
			vs cible	vs 11-12

Route de l'accessibilité

★ Proc	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie				
	- Chirurgies oncologiques (28 jours)	59,4%	70%	▲	+ ↑
	- Chirurgies cardiaques: Urgent (2 semaines)	84,2%	100%	▲	+ ↑
	- Chirurgies cardiaques: Électif (3 mois)	35,8%	90%	■	+ ↑
	- Chirurgies avec hospitalisation (1 an) (excluant PTH, PTG, cataractes et	89,3%	90%	●	=
	- Chirurgies hanches (PTH) (6 mois)	96,3%	92%	●	+ ↑
	- Chirurgies genoux (PTG) (6 mois)	91,4%	90%	●	+ ↑
	- Chirurgies bariatriques (1 an)	100,0%	90%	●	+ ↑
	- Chirurgies d'un jour (1 an) (excluant cataractes)	91,5%	90%	●	+ ↑
	- Chirurgies Cataractes (6 mois)	97,1%	98%	●	- ↓
★ Proc	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective (de 0 à 90 jours) en imagerie médicale				
	- Graphie	100,0%	100%	●	N/D
	- Scopie	69,6%	100%	■	- ↓
	- Mammographie diagnostique	57,6%	100%	■	- ↓
	- Échographie obstétricale	84,8%	100%	▲	+ ↑
	- Échographie cardiaque	N/D	100%	N/D	N/D
	- Échographie mammaire	46,0%	100%	■	- ↓
	- Échographie autre	51,2%	100%	■	+ ↑
	- Tomodensitométrie	93,9%	100%	●	+ ↑
	- Résonance magnétique	63,3%	100%	■	+ ↑
★ Proc	Délai moyen d'attente (semaines) pour consultation en spécialité				
	- Urologie	49	42	▲	- ↑
	- Rhumatologie	61	49	■	- ↑
	- Médecine interne	51	47	●	- ↑
	- Neurologie	102	83	■	- ↑
	- Gastroentérologie	85	82	●	- ↑
Proc	Taux d'activités ambulatoires annulées par les médecins ou les patients	6,6%	0,0%	■	+ ↓
	- Chirurgie	8,9%	0,0%	■	+ ↓
	- Médecine	4,4%	0,0%	■	+ ↓
Proc	Durée moyenne de séjour à l'urgence ambulatoire (heures)	5,68	4,60	■	+ ↓
	- Hôpital Fleurimont	5,31	4,60	▲	+ ↓
	- Hôpital-Dieu	6,18	4,60	■	+ ↓

Indicateur	Cumul 12-13	Cible annuelle	Appréciation	
			vs cible	vs 11-12

Route de la qualité

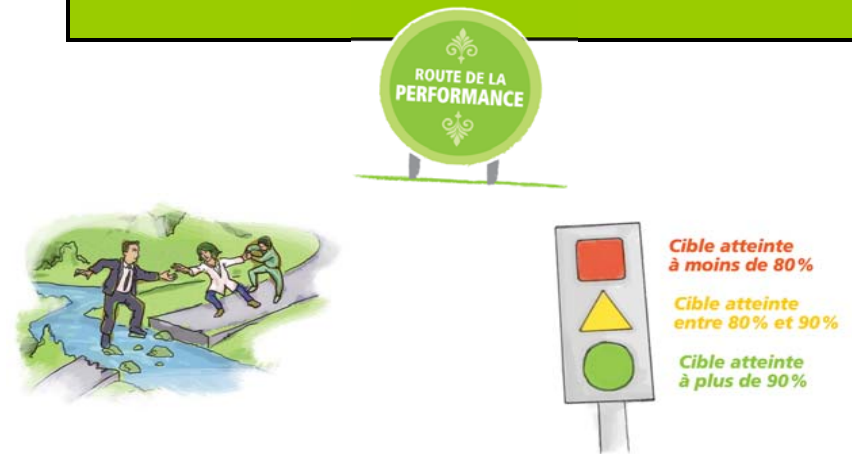
Proc	Durée moyenne de séjour en hospitalisation pour les patients de 75 ans et plus (jours)	9,31	7,99	▲	+ ↓
Proc	Taux de réadmission à 30 jours pour toutes les clientèles	9,0%	7,9%	▲	- ↓
Pati	Taux d'expériences positives des patients	64,1%	70,0%	●	N/D
Prat	Nombre de pratiques cliniques basées sur les résultats de la recherche du CRCELB	À DÉVELOPPER			
Pati	Nombre de patients enrôlés dans les projets de recherche dès l'admission	À DÉVELOPPER			



Indicateur	Cumul 12-13	Cible annuelle	Appréciation	
			vs cible	vs 11-12

Route de la performance

Prat	Taux de gestion de proximité (temps passé par les cadres auprès des équipes terrain)	39,0%	43,0%	▲	N/D
Ress	Évaluation du climat de travail	88,3%	90,0%	●	N/D
Proc	Taux de projets réalisés à l'intérieur des budgets	85%	100%	▲	N/D
Proc	Taux de projets menant à l'amélioration de la performance	À DÉVELOPPER			



Indicateur	Cumul 12-13	Cible annuelle	Appréciation	
			vs cible	vs 11-12

Route de la compétence

Ress	Taux de mouvements des postes	36%	35%	■	- ↑
Ress	Taux d'employés ayant eu une évaluation	1,78%	2,34%	■	- ↓
Prat	Taux d'employés ayant participé aux activités de formation continue	75,16%	71,55%	●	+ ↑
Prat	Nombre moyen d'heures de formation continue par employé	15,47	15,89	●	- ↓

PERFORMANCE OPÉRATIONNELLE
Indicateurs de suivi - après 13 périodes
Mars 2013

Indicateur		Cumul 12-13	Cible annuelle	Appréciation	
				vs cible	vs 11-12
Processus					
★	<u>Durée moyenne de séjour globale (jours)</u>	7,14	7,28	●	+ ↓
	- Hôpital Fleurimont	5,44	5,53	●	+ ↓
	- Hôtel-Dieu	10,49	10,86	●	+ ↓
★	<u>Séjour moyen sur civière à l'urgence (heures)</u>	13,30	11,00	■	+ ↓
	- Hôpital Fleurimont / santé physique	12,25	11,00	▲	- ↑
	- Hôpital Fleurimont / 75 ans et plus	16,14	11,00	■	- ↑
	- Hôtel-Dieu / santé physique	11,92	11,00	●	+ ↓
	- Hôtel-Dieu / santé mentale	26,03	18,00	■	+ ↓
	- Hôtel-Dieu / 75 ans et plus	14,01	11,00	■	+ ↓
★	<u>Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis</u>				
	- Électrophysiologie : Urgent (72 heures)	100,0%	100,0%	●	=
	- Électrophysiologie : Électif (3 mois)	38,7%	60,0%	■	- ↓
	- Hémodynamie : Urgent (2 semaines)	92,9%	100,0%	●	- ↓
	- Hémodynamie : Électif (2 mois)	80,2%	90,0%	▲	- ↓

Indicateur	Cumul 12-13	Cible annuelle	Appréciation	
			vs cible	vs 11-12
Pratiques				
VOIR PLANIFICATION STRATÉGIQUE				
INDICATEURS:				
- ROUTE DE LA PERFORMANCE				
- ROUTE DE LA COMPÉTENCE				

Indicateur	Cumul 12-13	Cible annuelle	Appréciation		
			vs cible	vs 11-12	
Ressources					
<u>Résultats financiers (M\$)</u>	401,7	401,7	●	N/A	
- Salaires	273,3	273,3	●	N/A	
- Autres dépenses	128,4	128,4	●	N/A	
<u>Nombre d'heures travaillées</u>	6 471 522	6 549 002	●	↑	
- Personnel de soins infirmiers	2 960 111	2 975 559	●	↑	
- Autre personnel de soins	1 299 671	1 289 298	●	↑	
- Autre personnel	2 211 740	2 284 145	●	↑	
<u>Ratio temps supplémentaire</u>	4,02%			- ↑	
- Infirmiers / Infirmières	6,75%	5,44%	■	- ↑	
- Autre personnel	3,00%	3,13%	●	- ↑	
<u>Nombre d'heures de surveillance constante</u>	79 780	55 932	■	- ↑	
<u>Ratio assurance-salaire</u>	5,47%	5,00%	●	- ↑	
- Personnel de soins infirmiers	6,39%	5,00%	■	- ↑	
- Autre personnel de soins	3,81%	5,00%	●	- ↑	
- Autre personnel	5,21%	5,00%	●	+ ↓	
<u>Ratio d'accidents de travail</u>	0,47%	0,39%	■	- ↑	

Indicateur		Cumul 12-13	Cible annuelle	Appréciation	
				vs cible	vs 11-12
Patients					
	<u>Nombre de patients en attente de transfert</u>	27	15	■	+ ↓
	- Hôpital Fleurimont	14			+ ↓
	- Hôtel-Dieu	13			+ ↓
	<u>Nombre de visites à l'urgence</u>	88 923	89 289	●	↓
	- Hôpital Fleurimont	45 188	46 780	●	↓
	- Hôtel-Dieu	43 735	42 509	●	↑
	<u>Délai moyen de traitement des plaintes (nombre de jours)</u>				
	- Plaintes conclues par le commissaire	25	45	●	+ ↓
	- Plaintes conclues par le médecin examinateur	53	45	▲	- ↑
	<u>Infections nosocomiales (taux / 10 000 jours-présence)</u>				
	- SARM	3,2	4,0	●	+ ↓
	- C Difficile	3,2	5,5	●	+ ↓
	- ERV	0,0	1,0	●	+ ↓
	<u>Taux de déclaration d'erreurs de médicaments et de chutes</u>				
	- Taux de déclaration d'erreurs de médicaments par 1 000 jours-présence	10,42	N/A	N/A	+ ↑
	- Taux de déclaration d'erreurs de médicaments par 1 000 jours-présence	5,70	N/A	N/A	+ ↑



ANNEXES AU TABLEAU DE BORD

2012-2013

PÉRIODE 13

Du 1 avril 2012 au 31 mars 2013

*Direction des ressources financières et des services techniques
Le 13 juin 2013*

INDICATEURS DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE**ROUTE DE L'ACCESSIBILITÉ**

- Chirurgies oncologiques	p.1
- Pourcentage des demandes réalisées à l'intérieur des délais établis (chirurgie cardiaque)	p.2
- Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie	p.3
- Nombre de chirurgies réalisées (selon les ententes de gestion)	p.4
- Pourcentage de demandes en attente dans les délais pour une chirurgie	p.5
- Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective (de 0 à 90 jours) en imagerie médicale	p.6
- Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective (de 0 à 90 jours) en imagerie médicale	p.7
- Délai moyen d'attente (semaines) pour une consultation élective en spécialité	p.8
- Nombre de visites en cliniques externes	p.9
- Taux d'activités ambulatoires annulées par les médecins ou les patients	p.10
- Durée moyenne de séjour à l'urgence ambulatoire	p.11

ROUTE DE LA QUALITÉ

- Durée moyenne de séjour en hospitalisation pour les patients de 75 ans et plus	p.12
- Taux de réadmission à 30 jours pour toutes les clientèles	p.13
- Taux d'expériences positives des patients	p.14

ROUTE DE LA PERFORMANCE

- Taux de temps de gestion de proximité	p.15
- Évaluation du climat de travail	p.16
- Taux de projets réalisés à l'intérieur des budgets	p.17

ROUTE DE LA COMPÉTENCE

- Taux de mouvements des postes	p.18
- Taux d'employés ayant eu une évaluation de la contribution	p.19
- Taux d'employés ayant participé aux activités de formation continue	p.20
- Nombre moyen d'heures de formation continue par employé	p.21

INDICATEURS DE LA PERFORMANCE OPÉRATIONNELLE**INDICATEURS DE PROCESSUS**

- Durée moyenne de séjour	p.22
- Séjour moyen sur civière à l'urgence	p.23
- Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis (électrophysiologie & hémodynamie)	p.24

INDICATEURS DE RESSOURCES

- Résultats financiers - Évolution des coûts	p.25
- Nombre d'heures travaillées	p.26
- Ratio temps supplémentaire vs heures travaillées	p.27
- Nombre d'heures de surveillance constante	p.28
- Ratio assurance-salaire vs heures travaillées	p.29
- Ratio d'accidents de travail	p.30

INDICATEURS DE PATIENTS

- Nombre de patients en attente de transfert	p.31
- Visites à l'urgence	p.32
- Délai moyen de traitement des plaintes (jours)	p.33
- Infections nosocomiales	p.34
- Taux de déclaration (taux par 1 000 jours-présence)	p.35

LÉGENDE

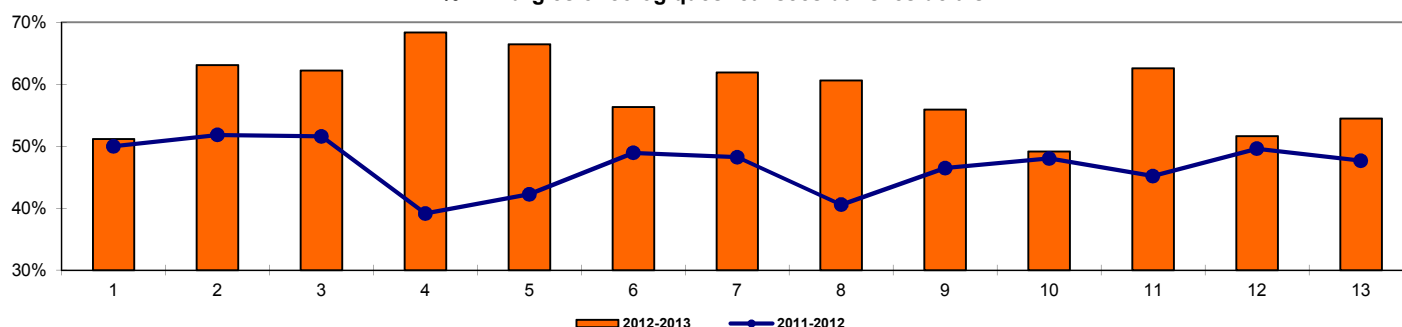
SIGNIFICATION ET INTERPRÉTATION DES SYMBOLES		
★	Indicateurs suivis aux ententes de gestion	
Types d'indicateurs		
Proc	Indicateurs de processus	
Prat	Indicateurs de pratiques	
Ress	Indicateurs de ressources	
Pati	Indicateurs de patients	
Signification des pictogrammes		
●	Atteinte de la cible dans une proportion de 90 % ou plus	
▲	Atteinte de la cible dans une proportion de 80 % à 90 %	
■	Atteinte de la cible dans une proportion de moins de 80 %	
Signification des flèches		
+ ↑	Augmentation <u>favorable</u> par rapport à l'année précédente	
+ ↓	Diminution <u>favorable</u> par rapport à l'année précédente	
- ↑	Augmentation <u>défavorable</u> par rapport à l'année précédente	
- ↓	Diminution <u>défavorable</u> par rapport à l'année précédente	
↑	Augmentation par rapport à l'année précédente	
↓	Diminution par rapport à l'année précédente	
Guide pour l'analyse des résultats		
Variation vs A/P	Appréciation écart à la cible	Analyse
+ ↑ + ↓	●	Pas de problème
- ↑ - ↓	■	Plan d'action requis
+ ↑ + ↓	▲	Sous surveillance
- ↑ - ↓	●	Sous surveillance
- ↑ - ↓	▲	Sous surveillance ++ Plan d'action souhaitable
+ ↑ + ↓	■	Sous surveillance ++ Plan d'action souhaitable

ROUTE DE L'ACCESSIBILITÉ

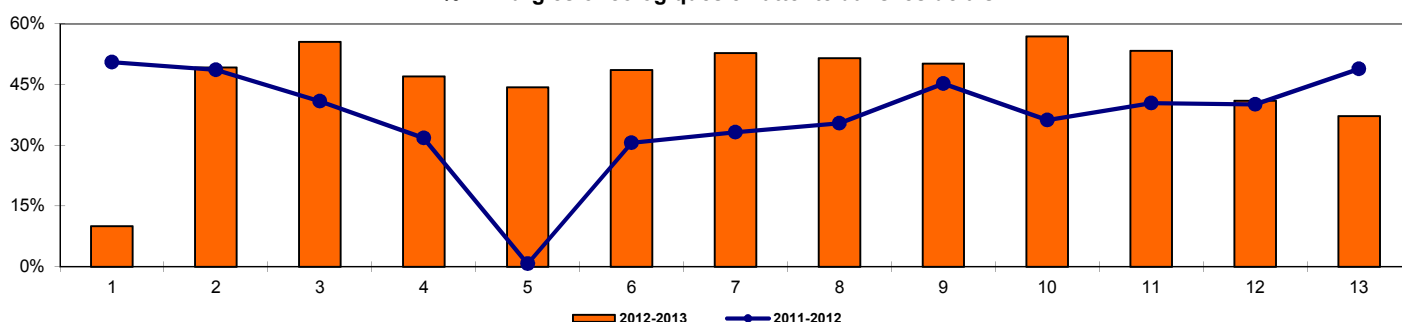
Chirurgies oncologiques

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Pourcentage de chirurgies oncologiques réalisées dans les délais	45,9%	59,4%	70%	▲	+ ↑
Nombre total de chirurgies oncologiques réalisées	1427	2290			+ ↑
Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	2011-2012	2012-2013			
Pourcentage de chirurgies oncologiques en attente dans les délais	48,9%	37,2%	100%	■	- ↓
Nombre de chirurgies oncologiques en attente	262	274			- ↑

% Chirurgies oncologiques réalisées dans les délais



% Chirurgies oncologiques en attente dans les délais



DÉFINITION :

Pourcentage de chirurgies réalisées dans les délais établis (chirurgie oncologique) :

Pourcentage de chirurgies réalisées à l'intérieur des délais cliniquement acceptables en chirurgie oncologique.

Cible : Cible prévue aux ententes de gestion

ANALYSE :

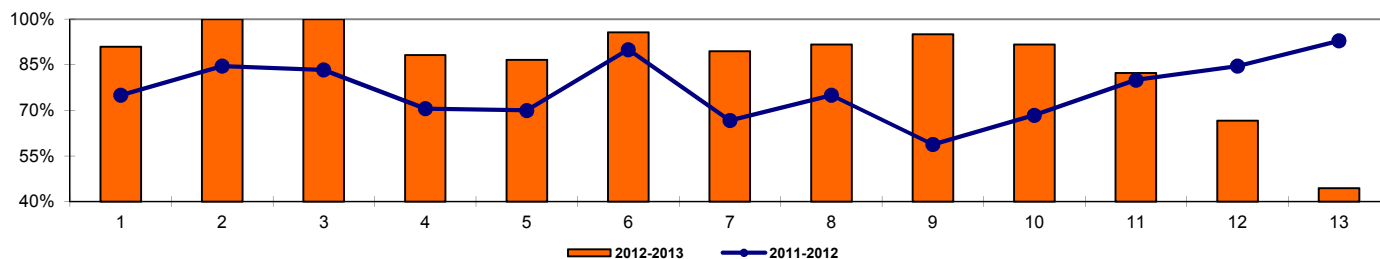
Par rapport à 2011-2012, nous constatons une augmentation de 57,7 % du nombre de chirurgies oncologiques réalisées. De plus, malgré qu'elle n'atteigne pas la cible, la proportion réalisée dans les délais est supérieure à l'an dernier. Par contre, le pourcentage de demandes en attente dans les délais s'est détérioré par rapport à l'année passée et le nombre de demandes en attente a augmenté.

PLAN D'ACTION :

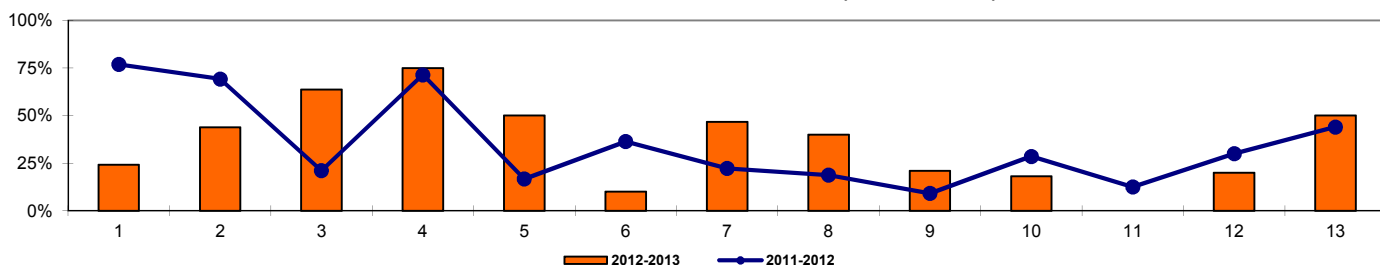
Pourcentage des demandes réalisées à l'intérieur des délais établis (chirurgie cardiaque)

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
% Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis	56,1%	66,1%			
Urgent (Cat. A)	74,9%	84,2%	100%	▲	+ ↑
Électif (Cat. B)	35,0%	35,8%	90%	■	+ ↑
Nombre total de chirurgies cardiaques réalisées	346	425			
Urgent (Cat. A)	183	266			+ ↑
Électif (Cat. B)	163	159			- ↓

% Demandes réalisées dans les délais (Cat A - Urgent)



% Demandes réalisées dans les délais (Cat B - Électif)



DÉFINITION :

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

Cible : Cible prévue aux ententes de gestion

ANALYSE :

La proportion de demandes réalisées dans les délais pour la catégorie A est supérieure à l'an dernier. Nous constatons une hausse de 45 % des chirurgies cardiaques réalisées pour cette catégorie. Pour la catégorie B, malgré le fait que le volume de chirurgies a diminué par rapport à 2011-2012, nous avons réussi à maintenir le pourcentage de chirurgies réalisées dans les délais.

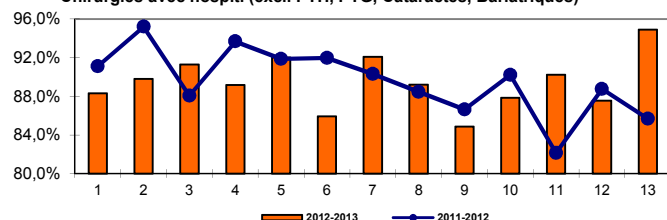
En lien avec le plan d'action du bloc opératoire, beaucoup d'efforts ont été déployés afin de réaliser les demandes à l'intérieur des délais. Il y a eu révision de l'état de santé de tous les patients hors délai par les cardiologues. Les demandes pour une chirurgie cardiaque ont été prioritaires.

PLAN D'ACTION :

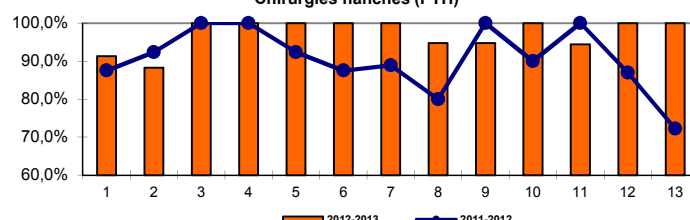
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Chirurgies avec hospitalisation (excl. PTG, PTH, Cataractes, Bariatriques)	89,3%	89,3%	90,0%	●	=
Chirurgies hanches (PTH)	89,8%	96,3%	92,0%	●	+ ↑
Chirurgies genoux (PTG)	86,0%	91,4%	90,0%	●	+ ↑
Chirurgies bariatriques	80,8%	100,0%	90,0%	●	+ ↑
Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	91,0%	91,5%	90,0%	●	+ ↑
Chirurgies cataractes	98,1%	97,1%	98,0%	●	- ↓

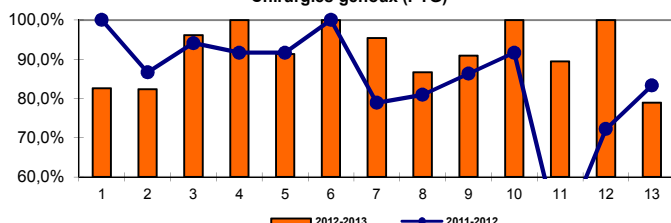
Chirurgies avec hospit. (excl. PTH, PTG, Cataractes, Bariatriques)



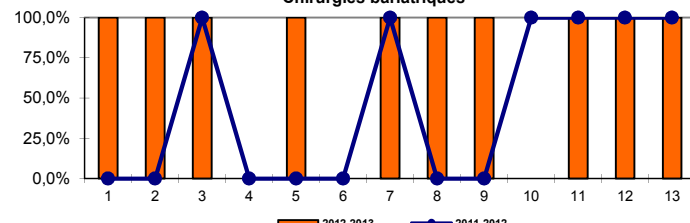
Chirurgies hanches (PTH)



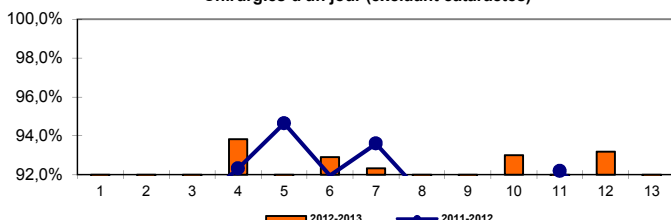
Chirurgies genoux (PTG)



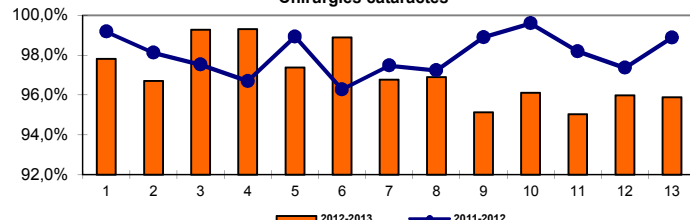
Chirurgies bariatriques



Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)



Chirurgies cataractes



DÉFINITION :

Chirurgies d'un jour réalisées :

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

Chirurgies avec hospitalisation réalisées :

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

Chirurgies réalisées - cataractes :

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

Chirurgies réalisées - genoux et hanches :

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

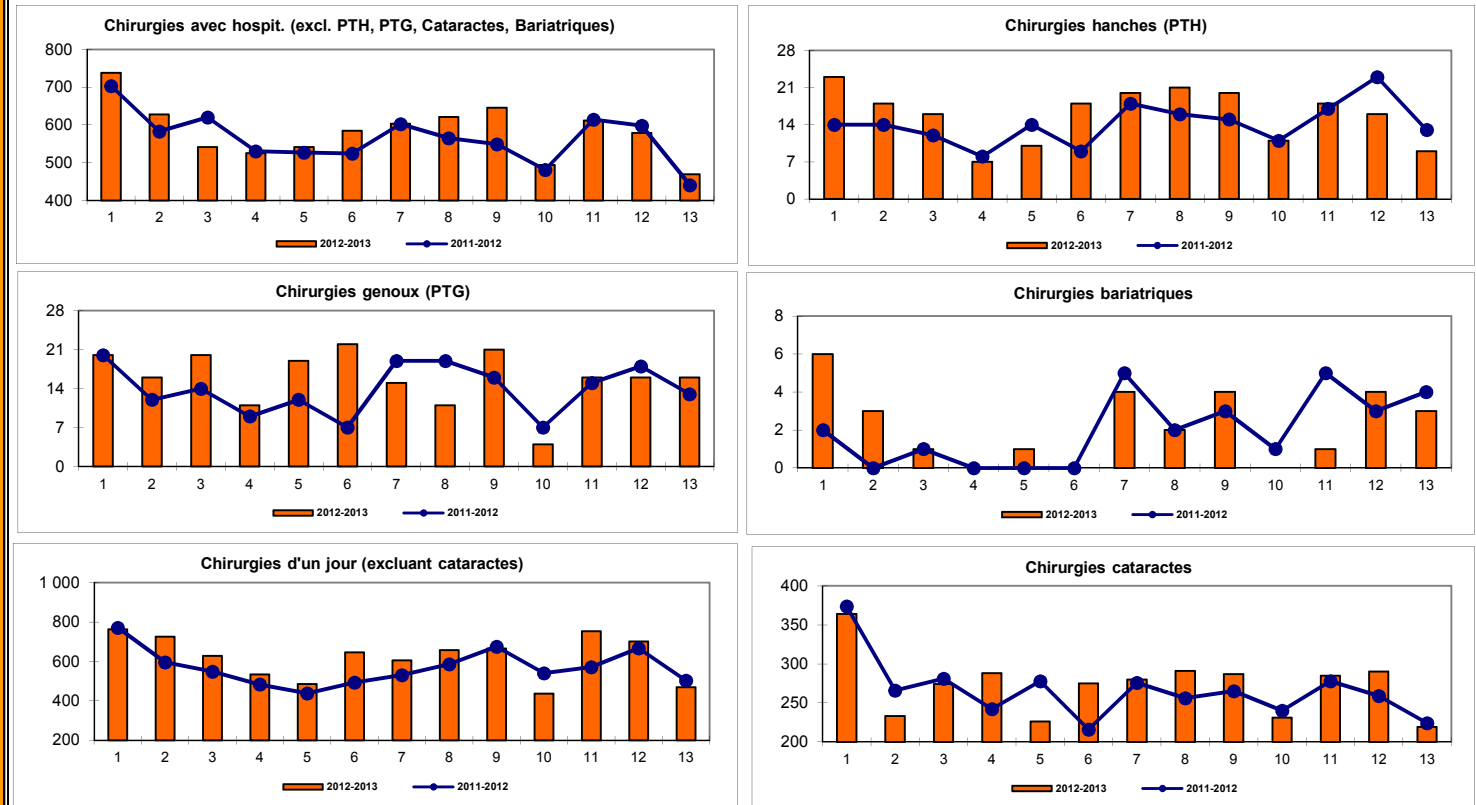
Cible : Cible prévue aux ententes de gestion

ANALYSE ET PLAN D'ACTION :

Par rapport à l'an dernier, nous observons une hausse du pourcentage de patients traités dans les délais pour la majorité des types de chirurgies. Un plan d'action a été élaboré afin de maintenir l'accessibilité. Depuis son application en novembre 2012, nous observons une hausse de l'activité aux blocs opératoires.

Nombre de chirurgies réalisées (selon les ententes de gestion)

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Chirurgies avec hospitalisation (excl. PTG, PTH, Cataractes, Bariatriques)	7 336	7 582	7 600	●	+ ↑
Chirurgies hanches (PTH)	184	207	190	●	+ ↑
Chirurgies genoux (PTG)	181	207	200	●	+ ↑
Chirurgies bariatriques	26	29	55	■	+ ↑
Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	7 406	8 075	7 600	●	+ ↑
Chirurgies cataractes	3 455	3 543	3 500	●	+ ↑



DÉFINITION :

Chirurgies d'un jour réalisées :

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

Chirurgies avec hospitalisation réalisées :

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

Chirurgies réalisées - cataractes :

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

Chirurgies réalisées - genoux et hanches :

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

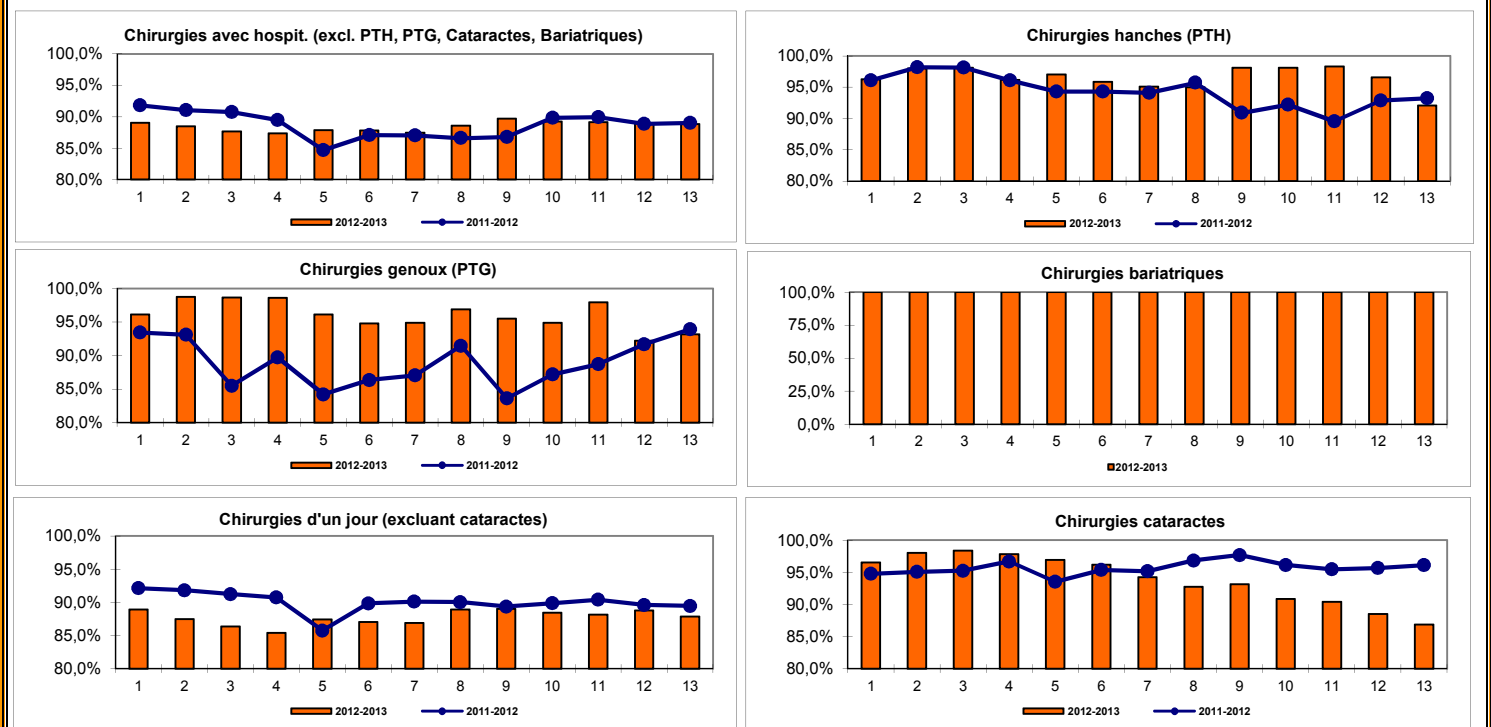
Cible : Cible prévue aux ententes de gestion

ANALYSE ET PLAN D'ACTION :

Nous observons une hausse pour l'ensemble des chirurgies par rapport à l'an dernier. Un plan d'action a été élaboré afin de maintenir l'accessibilité. Depuis son application en novembre 2012, nous observons une hausse de l'activité aux blocs opératoires. En 2012-2013, pour l'ensemble des chirurgies, nous avons une hausse de 1 516 usagers, soit une augmentation de 6 % par rapport à 2011-2012.

Pourcentage de demandes en attente dans les délais pour une chirurgie

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	2011-2012	2012-2013			
Chirurgies avec hospitalisation (excl. PTG, PTH, Cataractes, Bariatriques)	89,0%	88,9%	100,0%	▲	— ↓
Chirurgies hanches (PTH)	93,2%	92,1%	100,0%	●	— ↓
Chirurgies genoux (PTG)	93,9%	93,2%	100,0%	●	— ↓
Chirurgies bariatriques	N/D	100,0%	100,0%	●	N/D
Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	89,5%	87,9%	100,0%	▲	— ↓
Chirurgies cataractes	96,1%	86,9%	100,0%	▲	— ↓



Nombre total de chirurgies en attente:

Chirurgies avec hospitalisation (excl. PTG, PTH, Cataractes, Bariatriques)	963	924	+ ↓
Chirurgies hanches (PTH)	59	63	— ↑
Chirurgies genoux (PTG)	82	88	— ↑
Chirurgies bariatriques	N/D	3	N/D
Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	2 535	2 332	+ ↓
Chirurgies cataractes	488	518	— ↑
Total	4 127	3 928	+ ↓

DÉFINITION :

Pourcentage de demandes en attente dans les délais pour une chirurgie :

L'attente se définit entre la date de l'inscription au mécanisme et la date de la chirurgie.

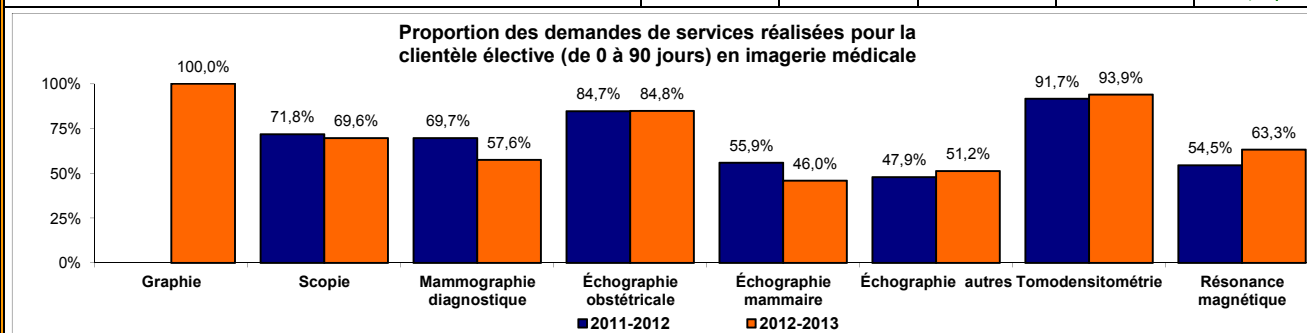
Cible : Cible prévue aux ententes de gestion

ANALYSE ET PLAN D'ACTION :

En 2012-2013, malgré le plan d'action mis en place aux blocs opératoires, nous constatons une baisse du nombre de demandes en attente dans les délais par rapport à l'année précédente. Par contre, la proportion de chirurgies réalisées dans les délais prescrits demeure stable ou augmente pour l'ensemble des types de chirurgies. Le nombre de chirurgies avec hospitalisation en attente a diminué de 4 % et celui des chirurgies d'un jour de 8 % comparativement à l'an dernier. Par contre, nous observons au niveau des cataractes une augmentation du nombre de chirurgies en attente ainsi qu'une baisse du nombre de demandes en attente dans les délais. Cela nous laisse présumer que les nouvelles demandes ont été priorisées. Au niveau des chirurgies bariatriques, les données concernant le nombre de chirurgies en attente pour 2011-2012 ne sont pas disponibles.

Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective (de 0 à 90 jours) en imagerie médicale

Spécialité	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Graphie	N/D	100,0%	100%	●	N/D
Scopie	71,8%	69,6%	100%	■	— ↓
Mammographie diagnostique	69,7%	57,6%	100%	■	— ↓
Échographie obstétricale	84,7%	84,8%	100%	▲	+ ↑
Échographie cardiaque	N/D	N/D	100%	N/D	N/D
Échographie mammaire	55,9%	46,0%	100%	■	— ↓
Échographie autre	47,9%	51,2%	100%	■	+ ↑
Tomodensitométrie	91,7%	93,9%	100%	●	+ ↑
Résonance magnétique	54,5%	63,3%	100%	■	+ ↑



Nombre total d'exams réalisés pour la clientèle élective :

Graphie	N/D	17 483
Scopie	N/D	1 033
Mammographie diagnostique	N/D	384
Échographie obstétricale	N/D	3 549
Échographie cardiaque	N/D	N/D
Échographie mammaire	N/D	1 062
Échographie autre	N/D	3 641
Tomodensitométrie	N/D	2 366
Résonance magnétique	N/D	2 021
Total	0	31 539

DÉFINITION :

Proportion des demandes de services réalisées : Proportion de demandes de services acceptées et réalisées dans les délais en imagerie médicale pour la clientèle élective. Il s'agit alors du rapport entre le total des demandes réalisées dans les délais établis et le total des demandes réalisées.

Cible : Cible prévue aux ententes de gestion

ANALYSE :

Pour les échographies mammaires, nous avons épuré la liste d'attente en priorisant les patients qui étaient hors délai, car nous constatons que le pourcentage de services réalisés dans les délais diminue alors que celui du nombre de demandes en attente dans les délais est supérieur par rapport à l'année dernière. En ce qui concerne la tomodensitométrie et la résonance magnétique, le pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais augmente alors que le pourcentage de demandes en attente depuis moins de trois mois diminue. Pour l'IRM, nos équipements fonctionnent à pleine capacité. Nous produisons plus de 3 000 examens par quart de travail annuellement, tel que recommandé par le MSSS. Présentement, nous n'avons pas le financement de la part du MSSS nous permettant de mettre en place le quart de soir à l'Hôtel-Dieu et ainsi améliorer l'accessibilité.

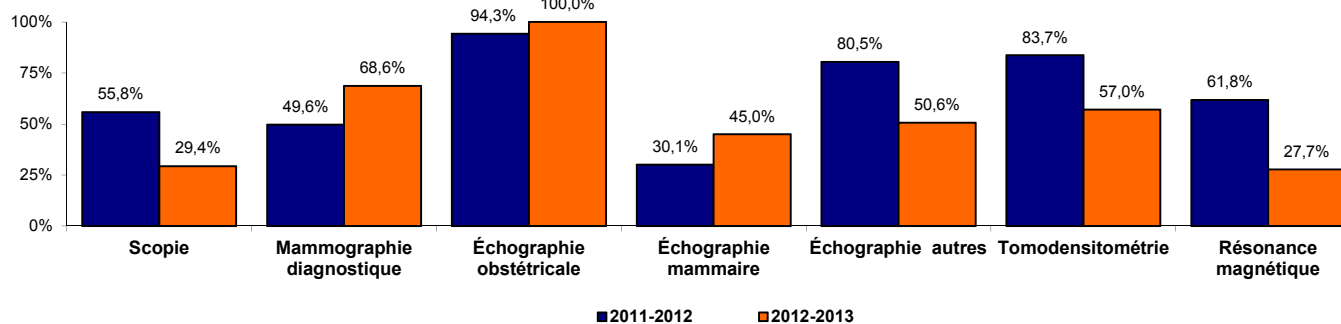
PLAN D'ACTION :

Plan d'action en cours afin d'améliorer la proportion des demandes de services réalisées pour les échographies mammaires. Depuis la mise en application du plan d'action en date de la période 9, nous avons eu une diminution considérable du nombre de patientes en attente. Présentement, nous avons 369 patientes en attente depuis plus de trois mois. L'an dernier, ce résultat était de 765 patientes, soit une diminution de 52 %.

Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective (de 0 à 90 jours) en imagerie médicale

Spécialité	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	2011-2012	2012-2013			
Graphie	N/D	N/D	100%	N/D	N/D
Scopie	55,8%	29,4%	100%	■	— ↓
Mammographie diagnostique	49,6%	68,6%	100%	■	+ ↑
Échographie obstétricale	94,3%	100,0%	100%	●	+ ↑
Échographie cardiaque	N/D	N/D	100%	N/D	N/D
Échographie mammaire	30,1%	45,0%	100%	■	+ ↑
Échographie autre	80,5%	50,6%	100%	■	— ↓
Tomodensitométrie	83,7%	57,0%	100%	■	— ↓
Résonance magnétique	61,8%	27,7%	100%	■	— ↓

Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective (de 0 à 90 jours) en imagerie médicale



Nombre total d'examens en attente pour la clientèle élective :

Graphie	N/D	N/D	
Scopie	514	722	— ↑
Mammographie diagnostique	137	137	=
Échographie obstétricale	140	47	+ ↓
Échographie cardiaque	N/D	N/D	
Échographie mammaire	774	358	+ ↓
Échographie autre	1 256	1 634	— ↑
Tomodensitométrie	98	328	— ↑
Résonance magnétique	1 056	2 317	— ↑
Total	3 975	5 543	— ↑

DÉFINITION :

Proportion des demandes de services en attente : Proportion des demandes de services en attente en imagerie médicale depuis moins de trois mois pour la clientèle élective. Il s'agit donc du rapport entre le total des demandes en attente de moins de 3 mois et le total des demandes en attente.

Cible : Cible prévue aux ententes de gestion

ANALYSE :

Les délais d'attente se sont allongés graduellement au cours de l'année suite à une diminution de disponibilité des médecins radiologues (départ, maladie...). La priorité a été mise à la lecture des examens faits, ce qui a aussi contribué à allonger les délais d'attente. Lorsque c'était possible, certains patients ont été référés dans d'autres centres de la région.

Actuellement, une demande de soutien a été adressée à l'ensemble des DSP de la région et du RUIS. Pour nous aider, nous avons fait appel à des « médecins dépannages » ainsi qu'à des cliniques privées.

Présentement, nos rapports statistiques ne nous permettent pas d'inclure la clientèle élective urgente et semi-urgente. Cette situation va être rétablie en 2013-2014. Cet ajustement aura un impact favorable sur les résultats.

PLAN D'ACTION :

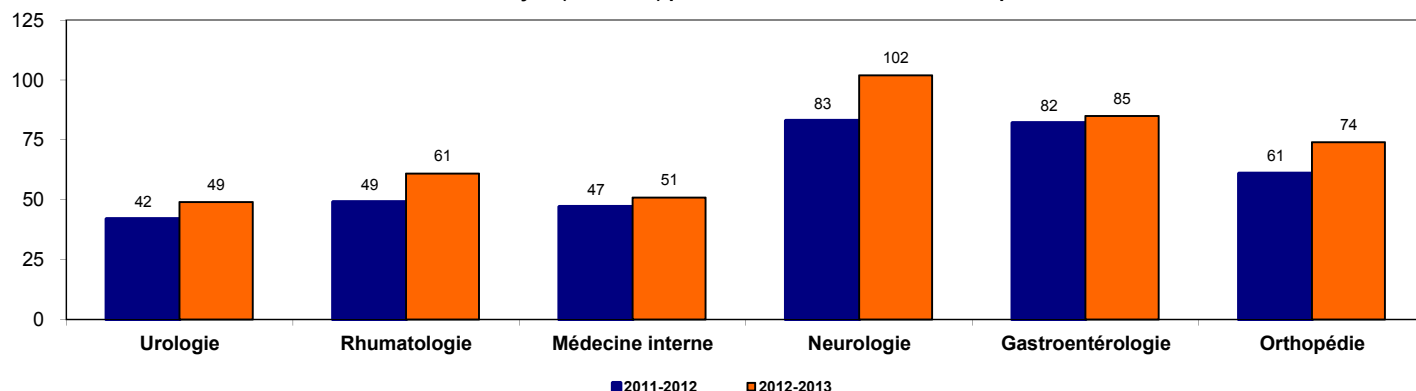
Délai moyen d'attente (semaines) pour une consultation électorale en spécialité

Spécialité	Résultats						Cible annuelle			Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	2011-2012			2012-2013							
	Urgent	Semi-urgent	Électif	Urgent	Semi-urgent	Électif	Urgent	Semi-urgent	Électif		
Urologie	5	13	42	5	13	49	< 5	< 13	< 42		— ↑
Rhumatologie	10	32	49	12	45	61	< 10	< 32	< 49		— ↑
Médecine interne	1	19	47	2	28	51	< 1	< 19	< 47		— ↑
Neurologie	17	33	83	16	35	102	< 17	< 33	< 83		— ↑
Gastroentérologie	16	91	82	12	89	85	< 16	< 91	< 82		— ↑
Orthopédie	39	52	61	37	61	74	< 39	< 52	< 61		— ↑

Nombre de requêtes en attente

Urologie	24	162	815	66	143	669	+ ↓
Rhumatologie	132	905	893	204	893	1 045	- ↑
Médecine interne	5	215	343	6	225	241	+ ↓
Neurologie	66	442	2 150	51	474	2 262	- ↑
Gastroentérologie	226	3 744	1 782	99	3 160	1 552	+ ↓
Orthopédie	767	2 095	1 859	934	2 151	1 981	- ↑

Délai d'attente moyen (semaines) pour une consultation électorale en spécialité



DÉFINITION :

Délai d'attente pour une consultation électorale en spécialité :

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

Cible : Résultat au 31 mars 2012

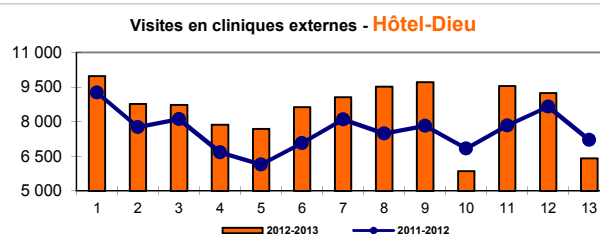
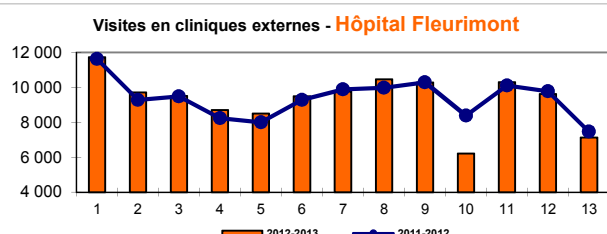
ANALYSE :

En 2012-2013, nous pouvons observer par rapport à l'année précédente que le délai d'attente pour une consultation en spécialité a augmenté pour l'ensemble des spécialités. En gastroentérologie, malgré une hausse de 20 % des visites en cliniques externes, le délai électif s'est détérioré de 3 semaines, soit 3,7 % de plus par rapport à 2011-2012, et ce malgré une baisse de 13 % du nombre de requêtes en attente. La situation est la même pour l'orthopédie qui a connu une augmentation du nombre de visites en cliniques externes de 5 % par rapport à l'an dernier et une hausse du délai électif de 13 semaines, soit 21 % de plus. Le nombre de requêtes en attente pour l'orthopédie a par contre augmenté de 7 % par rapport à 2011-2012. En rhumatologie, malgré une hausse de 12 % des visites en cliniques externes, le délai électif s'est détérioré de 12 semaines, soit 24 % de plus par rapport à 2011-2012. Cette hausse des visites en cliniques externes ne suffit pas à compenser l'augmentation de 17 % du nombre de requêtes en attente, ce qui pourrait expliquer la hausse du délai d'attente.

PLAN D'ACTION :

Nombre de visites en cliniques externes

Programme	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Hôpital Fleurimont	121 800	121 447	121 800	●	- ↓
Cardiologie	20 468	21 257	20 468	●	+ ↑
Chirurgie	34 755	34 234	34 755	●	- ↓
Femme-Jeunesse-Famille	40 108	42 665	40 108	●	+ ↑
Médecine spécialisée	26 469	23 291	26 469	▲	- ↓
Hôtel-Dieu	98 928	111 007	98 928	●	+ ↑
Cardiologie	2 000	2 450	2 000	●	+ ↑
Chirurgie	73 011	75 052	73 011	●	+ ↑
Médecine spécialisée	23 917	33 505	23 917	●	+ ↑
CHUS	220 728	232 454	220 728	●	+ ↑



Nombre de visites par spécialité :

Urologie	13 732	13 402	-2%
Rhumatologie	8 550	9 587	12%
Médecine interne	6 249	6 094	-2%
Neurologie	6 738	6 944	3%
Gastroentérologie	10 001	12 025	20%
Orthopédie	23 750	24 892	5%
Autres	151 708	159 510	5%
Total	220 728	232 454	5%

DÉFINITION :

Visite en cliniques externes :

La visite est la présence d'un usager aux consultations externes spécialisées dans le but d'obtenir une consultation ou un traitement.
Cible : Résultat au 31 mars 2012

ANALYSE :

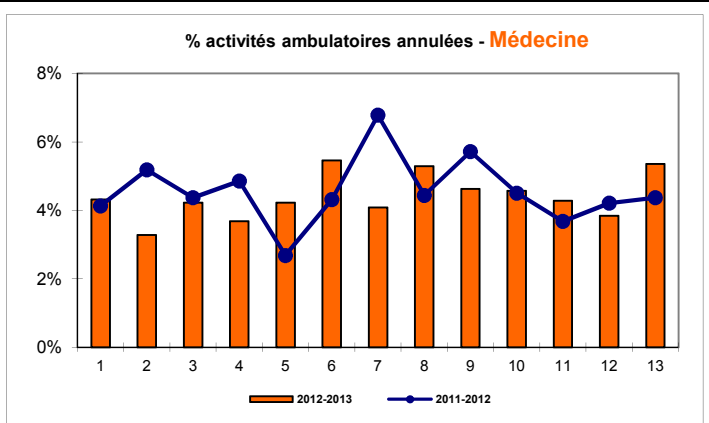
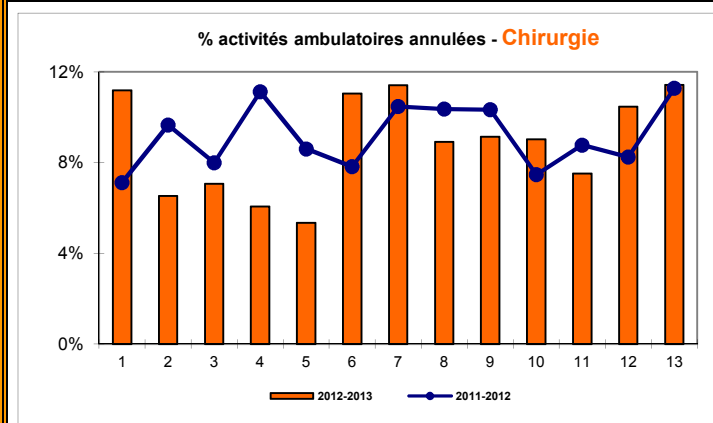
Après treize périodes, nous constatons une hausse de 5,3 % des visites en cliniques externes par rapport à l'an dernier. Cette hausse s'est produite à l'Hôtel-Dieu. En période 10 seulement, il y a eu trois congés fériés de plus cette année pour la même période, ce qui explique la baisse d'activité au cours de cette période. À l'Hôtel-Dieu, nous avons une augmentation dans le programme de la médecine spécialisée, dans les spécialités de la rhumatologie, de la médecine interne et de la gastroentérologie. Il y a aussi une hausse en photothérapie. Dans le programme de la chirurgie, l'Hôtel-Dieu a connu une hausse des visites en ophtalmologie, en chirurgie plastique, en orthopédie ainsi qu'en chirurgie générale. Par contre, il y a eu une baisse des visites en ORL.

Pour l'hôpital Fleurimont, la hausse dans le programme de soins cardiopulmonaires se situe au niveau des cliniques de cardiologie et de pneumologie. De plus, nous observons une hausse dans le programme femme-jeunesse-famille. Nous avons eu une augmentation des visites dans la spécialité de la pédiatrie, ainsi qu'une hausse à la clinique de fertilité. En ce qui concerne la baisse dans le programme médecine spécialisée, elle est reliée majoritairement à un transfert d'activités en rhumatologie vers l'Hôtel-Dieu ainsi qu'une baisse en néphrologie. La baisse dans le programme cardiologie se situe dans les spécialités de la neurochirurgie et de la chirurgie générale.

PLAN D'ACTION :

Taux d'activités ambulatoires annulées par les médecins ou les patients

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Chirurgie	9,3%	8,9%	0,0%	■	+ ↓
Médecine	4,6%	4,4%	0,0%	■	+ ↓
CHUS	6,9%	6,6%	0,0%	■	+ ↓



Nombre de rendez-vous reportés :

Chirurgie	11 017	10 692
Médecine	5 441	5 663
Total	16 458	16 355

DÉFINITION :

Taux d'activités ambulatoires annulées par les médecins ou les patients : Proportion du nombre de rendez-vous annulés ou reportés en cliniques externes par rapport au nombre de visites réalisées en cliniques externes pour une période donnée.

Cible : Fixée à l'interne au CHUS (à venir)

ANALYSE :

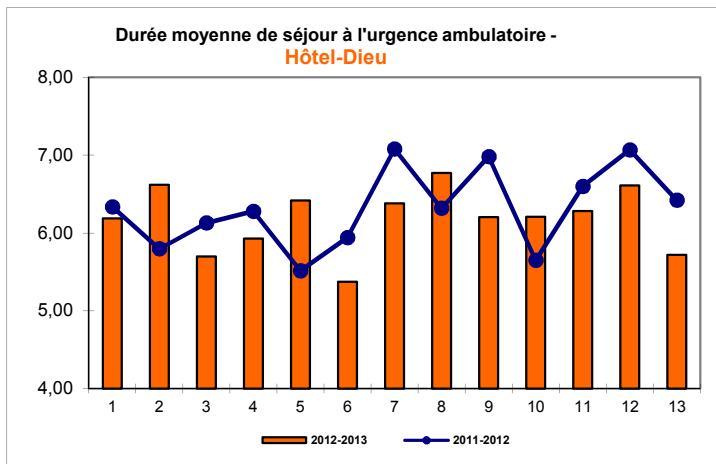
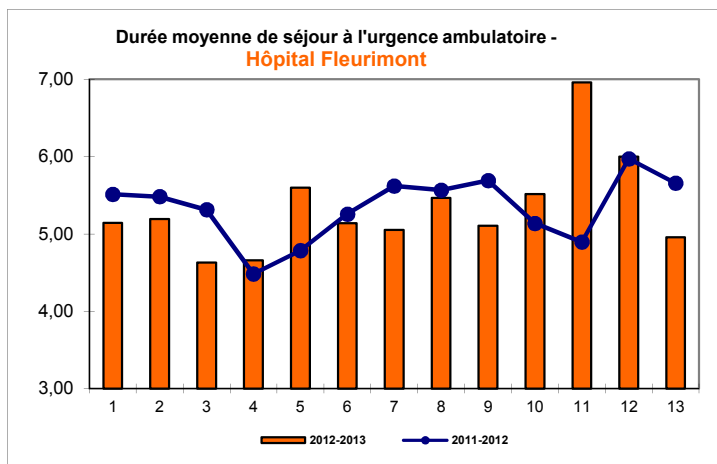
Présentement, nous sommes en attente de la donnée concernant la cible. Par contre, il est certain que la cible ne sera pas de 0 %, car il y aura toujours un taux d'annulation des activités ambulatoires que l'on considérera normal. Nous observons une amélioration du taux d'activités ambulatoires annulées par les médecins ou les patients par rapport à l'an dernier.

PLAN D'ACTION :

Cible à déterminer.

Durée moyenne de séjour à l'urgence ambulatoire (heures)

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Hôpital Fleurimont	5,34	5,31	4,60	▲	+ ↓
Hôtel-Dieu	6,29	6,18	4,60	■	+ ↓
CHUS	5,75	5,68	4,60	■	+ ↓



DEFINITION :

Durée moyenne de séjour à l'urgence ambulatoire :

Temps moyen nécessaire pour accueillir, évaluer et orienter la clientèle ambulatoire vers une destination appropriée.

Cible : Diminution de 20 % par rapport au résultat au 31 mars 2012

ANALYSE :

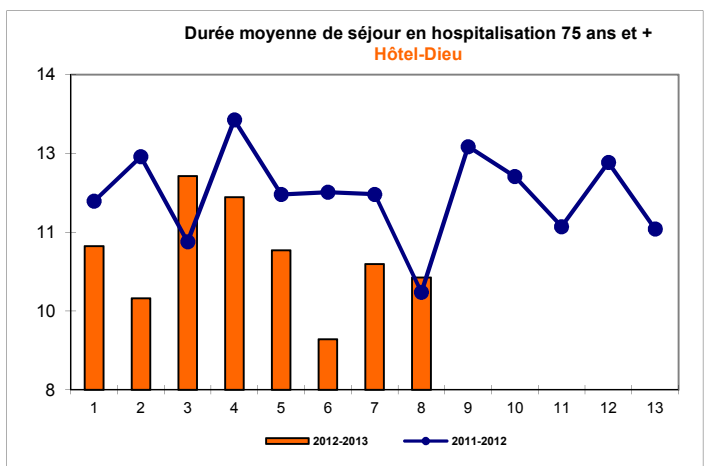
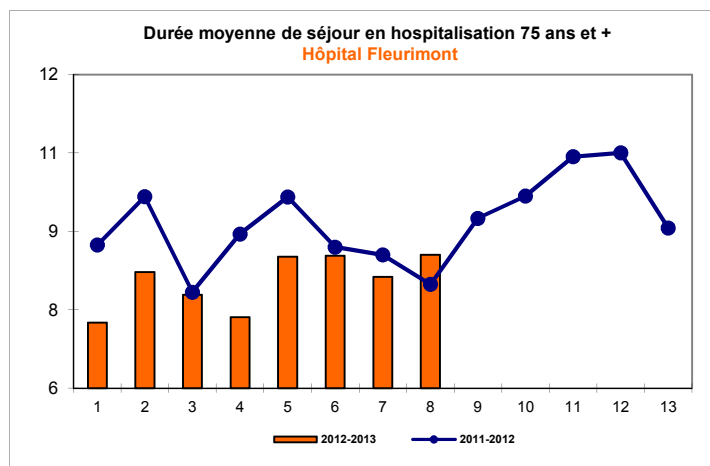
Nous remarquons une plus grande diminution de la durée moyenne de séjour à l'urgence ambulatoire pour l'Hôtel-Dieu que pour l'hôpital Fleurimont. En effet, à l'hôpital Fleurimont, la durée de séjour a diminué de 0,6 % comparativement à l'Hôtel-Dieu où elle s'est améliorée de 1,7 %. Il faut souligner qu'à l'Hôtel-Dieu, malgré une hausse des visites de 2,9 % par rapport à l'an dernier (1 226 visites), nous réussissons à diminuer la durée moyenne de séjour à l'urgence ambulatoire.

PLAN D'ACTION :

ROUTE DE LA QUALITÉ

Durée moyenne de séjour en hospitalisation pour les patients de 75 ans et plus (jours)

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Hôpital Fleurimont	9,15	8,02	7,99	●	+ ↓
Hôtel-Dieu	11,67	10,55	7,99	■	+ ↓
CHUS	10,44	9,31	7,99	▲	+ ↓



DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour (patients de 75 ans et plus) : Nombre moyen de jours d'hospitalisation par spécialité calculé à partir de l'admission de l'utilisateur âgé de 75 ans et plus jusqu'à son départ.

Cible : Méthode des tiers (plus basse valeur du tiers du Québec)

ANALYSE :

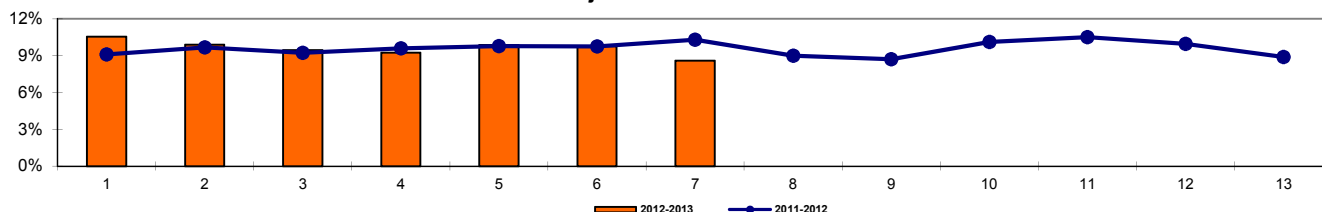
Les résultats présentés sont les données cumulatives après huit périodes.

PLAN D'ACTION :

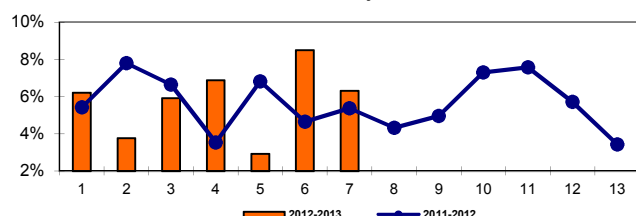
Taux de réadmission à 30 jours pour toutes les clientèles

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Nouveau-nés	5,58%	5,56%	6,0%	●	+ ↓
Obstétrique	0,81%	1,69%	2,0%	●	- ↑
Chirurgical	5,81%	5,54%	5,9%	●	+ ↓
Médical	14,10%	13,17%	12,4%	●	+ ↓
CHUS	9,58%	8,96%	7,9%	▲	+ ↓

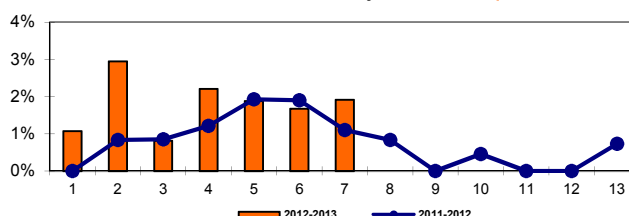
Taux de réadmission à 30 jours - CHUS



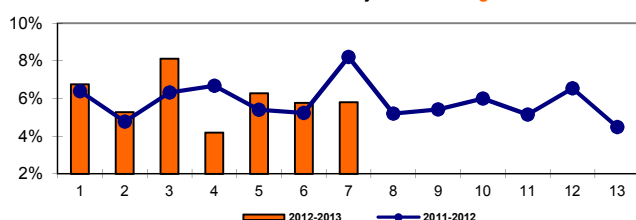
Taux de réadmission à 30 jours - Nouveau-nés



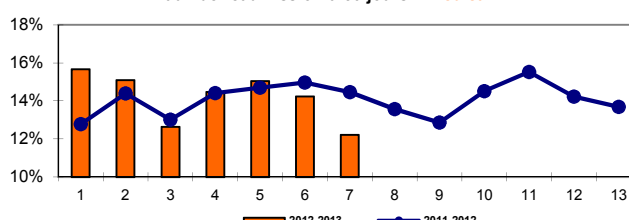
Taux de réadmission à 30 jours - Obstétrique



Taux de réadmission à 30 jours - Chirurgical



Taux de réadmission à 30 jours - Médical



DEFINITION :

Taux de réadmission à 30 jours pour toutes les clientèles :

Proportion du nombre de patients réadmis pour la première fois de façon urgente dans les 30 jours suivants leur congé par rapport au nombre de départs.

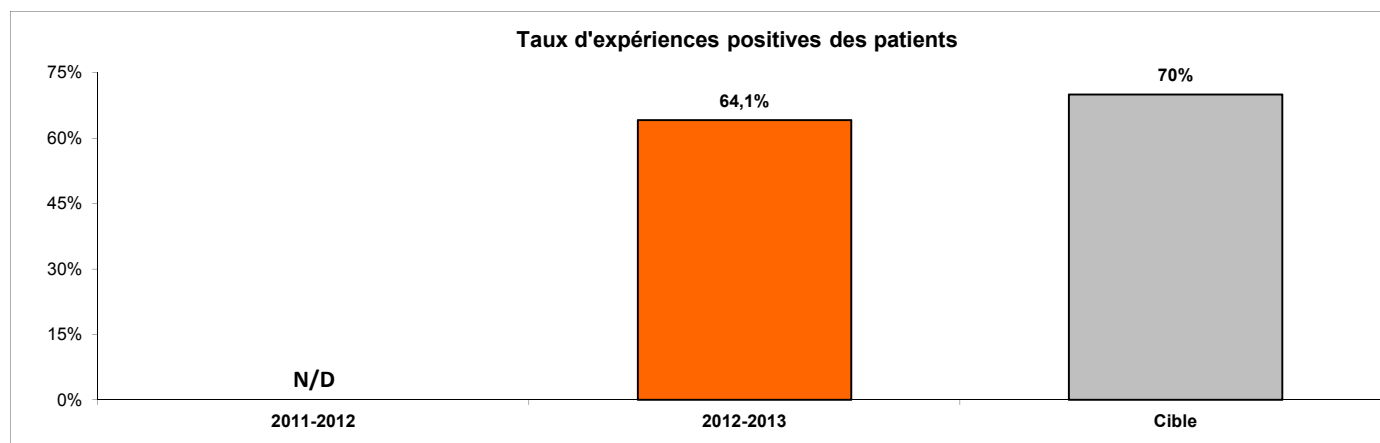
ANALYSE :

Les résultats présentés sont les données cumulatives après sept périodes. Le taux de réadmission est à la baisse pour l'ensemble des clientèles à l'exception de l'obstétrique où ce taux passe de 0,81 % en 2011-2012 à 1,69 % pour l'année en cours.

PLAN D'ACTION :

Taux d'expériences positives des patients

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
CHUS	N/D	64,1%	70%	●	N/D



DÉFINITION :

Taux d'expériences positives des patients:

Proportion du nombre de patients qui ont eu une expérience positive par rapport au nombre de patients interrogés, sur un intervalle de temps donné.

ANALYSE :

Dans sa planification stratégique 2012-2015, le CHUS exprime sa volonté de s'outiller pour améliorer la qualité de toutes ses activités. Le cadre qualité du CHUS considère à la fois la qualité attendue, voulue, rendue et perçue. Ce même cadre définit la qualité par les quatre dimensions suivantes : sécurité, efficacité, continuité et approche attentive.

Le CHUS accorde de l'importance à la qualité perçue pour ces 4 dimensions par les usagers et leurs proches dans l'élaboration de ses actions d'amélioration.

Agrément Canada rend obligatoire l'évaluation de l'expérience patient selon une méthodologie standardisée et approuvée. Notre méthodologie a été approuvée par l'Agrément.

En choisissant comme indicateur le pourcentage de patients ayant octroyé les cotes "9 et 10" à la question " Sur une échelle de 1 à 10 quelle cote donneriez-vous au CHUS (1= pire hôpital, 10= meilleur hôpital)", le résultat de notre sondage au printemps 2013 (192 répondants) est de 64.1%. Aux USA, les meilleurs hôpitaux atteignent 74%, pour une moyenne de 68%. En Saskatchewan les résultats varient de 44% à 68%. Un taux de 64,1% peut inquiéter à prime abord mais s'explique lorsqu'on vise l'amélioration en se basant sur les meilleures pratiques.

À titre informatif, si on ajoute la cote 8, le pourcentage augmente à 84.4%.

PLAN D'ACTION :

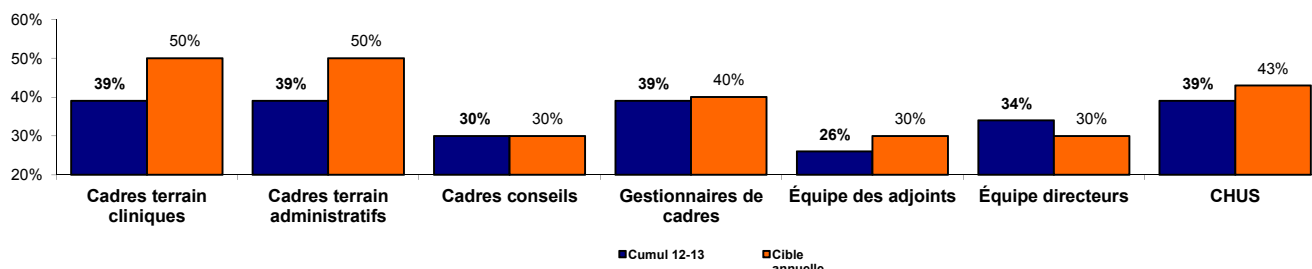
S'aligner avec les bonnes pratiques en matière d'évaluation pour viser le plus grand potentiel d'amélioration.

ROUTE DE LA PERFORMANCE

Taux de temps de gestion de proximité (temps passé auprès des équipes)

Par fonction de gestion	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance
	Cumul 12-13	Cumul 13-14			
Cadres terrain cliniques: chefs de soins, chefs de services (sauf coord.act.)	39,0%		50%	■	
Cadres terrain administratifs :chefs de services, chefs de secteurs	39,0%		50%	■	
Cadres conseils : cons.cadres cliniciennes, coord. prof., etc.	30,0%		30%	●	
Gestionnaires de cadres: chefs de programme et adj., coord.adm.	39,0%		40%	●	
Équipe des adjoints: directeurs adj., adjoints au directeur	26,0%		30%	▲	
Équipe des directeurs: directeurs CHUS	34,0%		30%	●	
CHUS : tous	39,0%		43%	▲	

Taux de temps de proximité réel vs cible



Facteurs prédictifs

Fonction de gestion	Intention des cadres sur leur proximité			Moyenne des cibles ind. (appréciation)
	↑ Augmenter	↔ Maintenir	↓ Diminuer	
Cadres terrain cliniques	43%	43%	14%	à venir
Cadres terrain administratifs	45%	45%	9%	
Cadres conseils	43%	52%	4%	
Gestionnaires de cadres	45%	50%	5%	
Équipe des adjoints	42%	52%	6%	
Équipe directeurs	50%	50%	0%	
CHUS	44%	50%	6%	

DÉFINITION :

Gestion de proximité : Présence physique du cadre, disponible et visible auprès d'un employé ou l'équipe* pour s'investir dans les activités d'opérations du quotidien, tel que :- Gérer les résultats : observer, écouter, mesurer l'impact des décisions et améliorer en continu- Résoudre des problématiques : intervenir pro activement- Climat de travail, reconnaissance et santé-sécurité du personnel- Développer : apprentissage dans l'action et gestion des changements - Rencontrer le personnel - etc.* équipe : aussi assistants et partie médicale.

Cible : Fixer par le comité de direction le 11 septembre 2012, selon le niveau actuel du CHUS, des lignes directrices du LEAN et de balisages des autres établissements du secteur de la santé.

PLAN D'ACTION :

En cours :

- Horaire protégé de 8-10 h pour les cadres terrain
- Cible d'appréciation de la contribution 2012-2013

À venir :

- Réduction de temps passé en rencontre à l'extérieur de l'équipe (réduction des comités/gr. travail)
- Diminuer le nombre de projets de développement organisationnel
- Documenter cycle de gestion
- Réduction des courriels
- etc. (voir plan GPS)

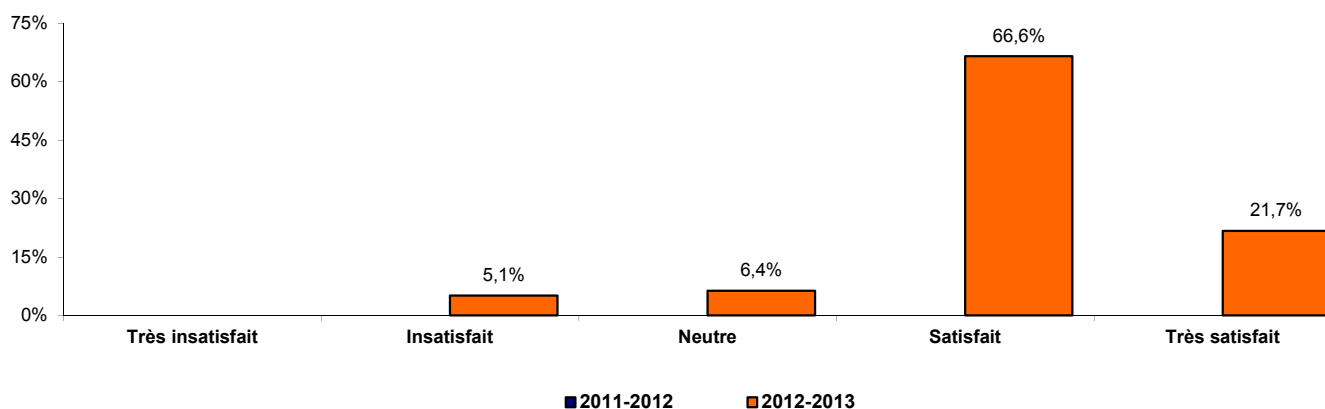
Évaluation du climat de travail

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Très satisfait	N/D	21,7%			N/D
Satisfait	N/D	66,6%			N/D
CHUS	N/D	88,3%	90%	●	N/D

Autres informations:

Neutre	N/D	6,4%			
Insatisfait	N/D	5,1%			
Très insatisfait	N/D	0,0%			

Évaluation du climat de travail - Personnel cadre



DÉFINITION :

Évaluation du climat de travail :

Pourcentage de satisfaction des cadres face au travail.

ANALYSE :

En décembre 2012, un sondage qualité de vie au travail (PULSE) a été soumis à l'ensemble du personnel du CHUS. Parmi tous les répondants, 78 cadres ont répondu à la question suivante: " Quel est votre niveau de satisfaction face au travail?". Nous constatons que 66.6% des cadres sont satisfaits face à leur travail alors que 21.7% ont mentionné être très satisfaits.

PLAN D'ACTION :

Taux de projets réalisés à l'intérieur des budgets

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Catégorie 1	N/D	100%	100%	●	N/D
Catégorie 2	N/D	71%	100%	■	N/D
CHUS	N/D	85%	100%	▲	N/D

	Catégorie 1		Catégorie 2	
Conformité	Projets réalisés dans la cible	Ratio	Projets réalisés dans la cible	Ratio
\$	6	100%	5	71%
T	4	67%	4	57%
Q	6	100%	7	100%
Nombre de projets :	6		7	

DEFINITION :

Taux de projets réalisés à l'intérieur des budgets :

Un projet réalisé à l'intérieur du budget autorisé a été réalisé dans l'échéancier planifié et le contenu livré correspond au contenu prévu. Il s'agit donc d'un indicateur qui reflète l'évolution du projet dans son ensemble.

Portée de l'indicateur :

- Les projets inscrits au portefeuille de projets du bureau de projets du CHUS, dont le livrable principal a été livré ou la mise en service réalisée (lorsqu'applicable).

Exclusions :

- Les grands travaux qui font l'objet d'un suivi hors bureau de projets;
- Les projets régionaux non assignés au bureau de projets
- Les projets ayant été arrêtés sans être terminés
- Les projets conduits à l'extérieur de la portée du bureau de projets

Catégorie 1 : Projets ayant fait l'objet d'une recommandation du CVSBI au CA, ayant été autorisés par le CA, et qui ont fait l'objet d'un suivi systématique du bureau de projets au CVSBI.

Catégorie 2 : Projets non suivis au CVSBI, initiés au bureau de projets, et placés sous la conduite d'un chef de projet du bureau de projets, ou d'un chef de projet de l'organisation accompagné par une ressource du bureau de projets.

ANALYSE :

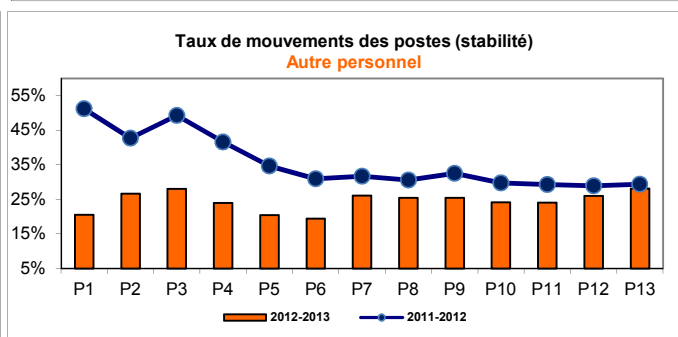
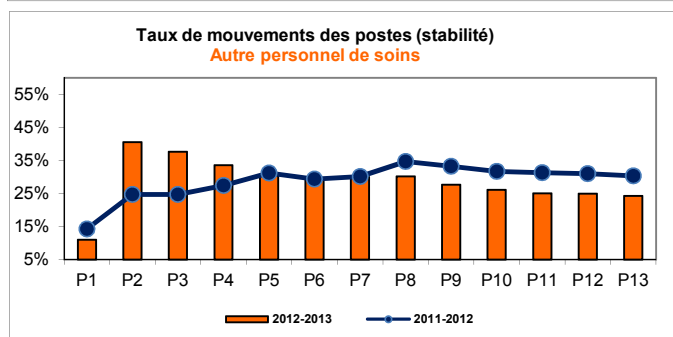
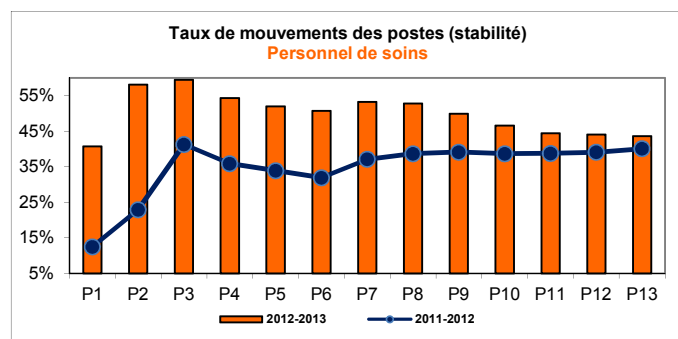
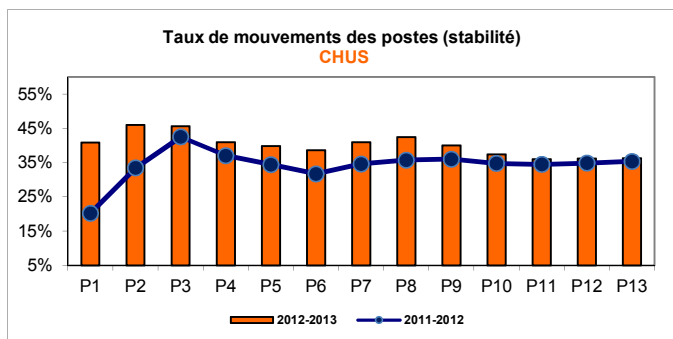
Sur un total de 13 projets, 11 ont été réalisés à l'intérieur des budgets prévus, ce qui représente 85 %. Les résultats présentés sont cumulatifs après sept périodes. Pour ce secteur, compte tenu du fait que les projets se réalisent à long terme, les données seront mises à jour deux fois par année, soient en période 7 et en période 13.

PLAN D'ACTION :

ROUTE DE LA COMPÉTENCE

Taux de mouvements des postes

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Personnel de soins	40%	44%		■	— ↑
Autre personnel de soins	30%	24%		●	+ ↓
Autre personnel	29%	24%		●	+ ↓
CHUS	35%	36%	35%	■	— ↑



DÉFINITION :

Taux de mouvements des postes : Ce taux représente le nombre de nouveaux titulaires et le nombre de nouveaux remplacements par rapport au nombre de postes à la structure occupés (remplacés inclus). La cible indiquée est le résultat cumulatif au 31 mars 2012. Pour l'année 2012-2013, nous visons une diminution des mouvements par rapport à l'an dernier.

ANALYSE :

Nous constatons une augmentation de 1% du taux de mouvement soit de 35% à 36%. Cette augmentation est liée à l'augmentation du taux de mouvement du personnel de soins qui lui, est principalement dû à l'affichage et aux transferts en continu que permettent les registres de postes. Par ailleurs, une diminution du mouvement est remarquée pour les secteurs "autre personnel" et "autre personnel de soins". La diminution pour le secteur "autre personnel de soins" est occasionnée par la diminution du nombre d'affichages. L'augmentation du nombre de mouvements en P2 et P3 est attribuable à une intensification des transferts afin d'optimiser la planification des vacances.

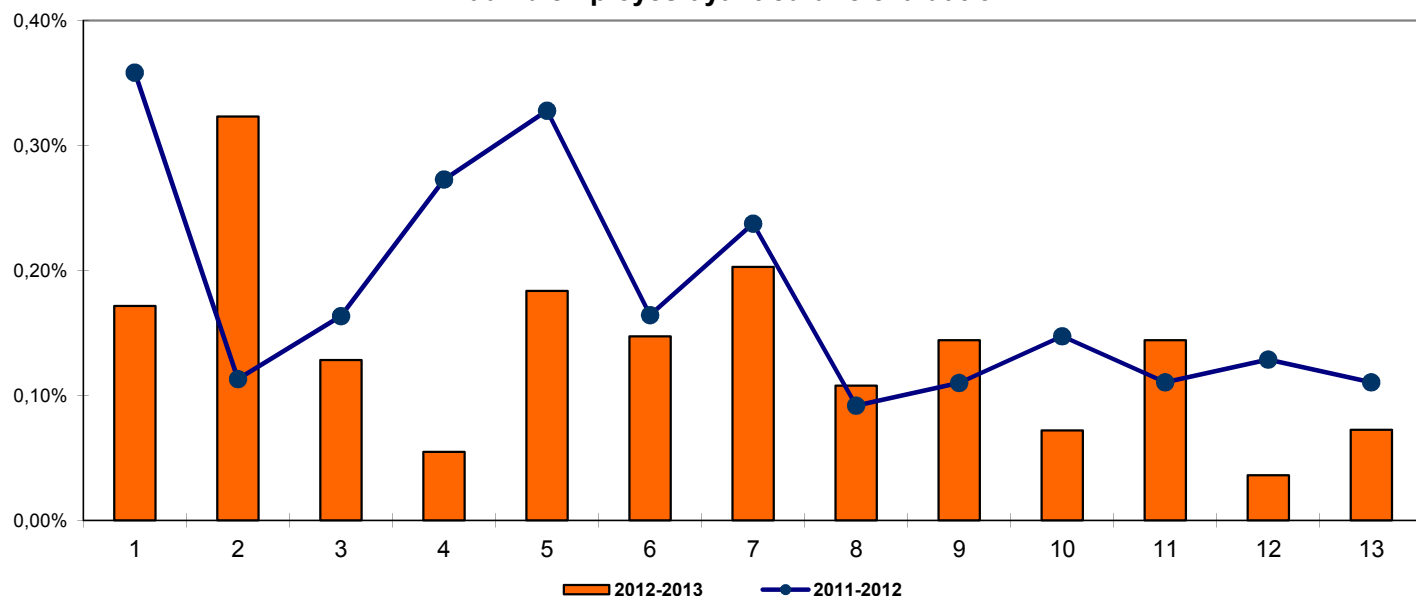
PLAN D'ACTION :

Élaboration d'un calendrier d'affichages et de mutations afin de permettre de mieux réguler et planifier les mouvements internes.
Négociation d'ententes avec les partenaires syndicaux.

Taux d'employés ayant eu une évaluation

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
CHUS	2,34%	1,78%	2,34%	■	— ↓

Taux d'employés ayant eu une évaluation



DEFINITION :

Taux d'employés ayant eu une évaluation :

Pourcentage d'employés appréciés dans le cadre du processus d'appréciation de la contribution à l'exclusion des cadres (dont le taux d'appréciation est de 100 %).

La cible indiquée est le résultat cumulatif au 31 mars 2012. Pour l'année 2012-2013, nous visons une augmentation du taux d'employés ayant eu une évaluation de la contribution par rapport à l'année précédente.

ANALYSE :

- Diminution marquée en 2012-2013.
- Il n'y a pas eu de sensibilisation auprès des gestionnaires au printemps 2012 pour rappeler l'importance de faire l'appréciation de la contribution de leurs employés.
- Aucun effort déployé en 2012-2013 (objectif priorisé à partir d'avril 2013).

PLAN D'ACTION :

Projet priorisé dans le plan stratégique 2013-2015, voici ce que nous mettrons en place à partir d'avril 2013 :

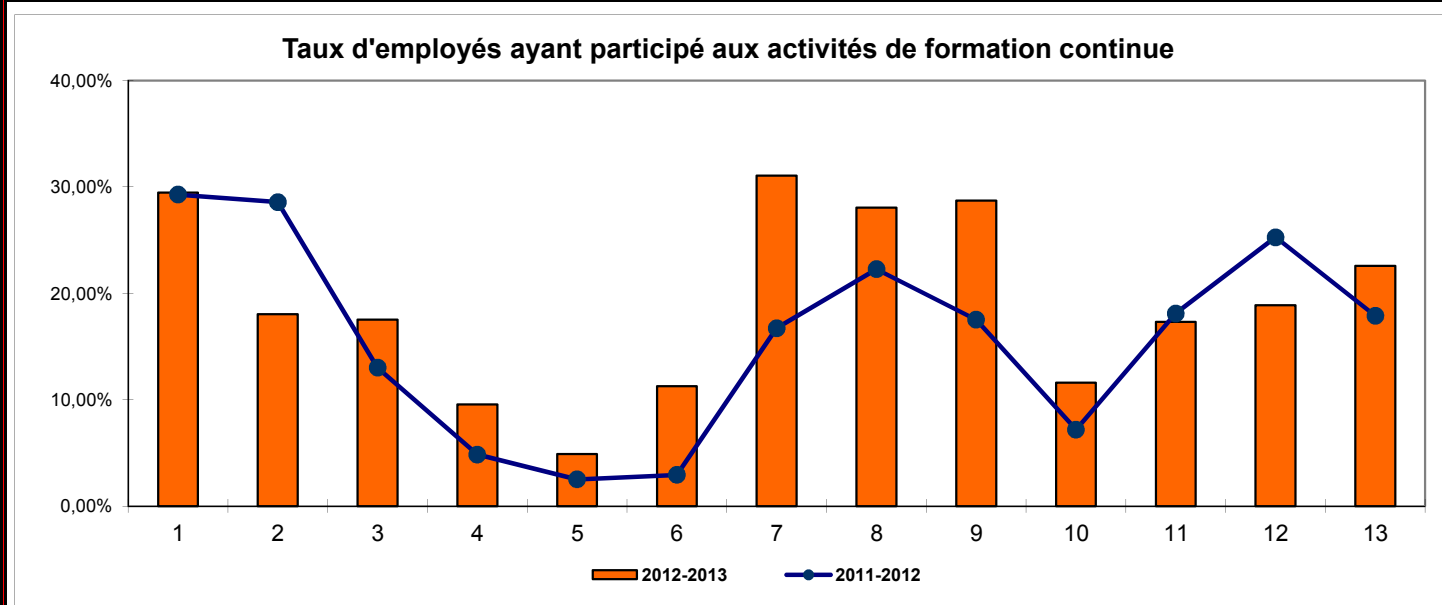
- Élaboration d'un plan d'action pour l'amélioration de la démarche.
- Mise en place d'un groupe de travail pour revoir le processus et les outils.
- Présentation au comité de direction pour approbation et autorisation d'implantation.
- Implantation d'un module d'appréciation de la contribution du logiciel SAGE, qui permettra l'informatisation des appréciations (implantation prévue automne 2013).

Projet pilote avec la CAR pour optimiser le module (sept 2013 à mars 2014).

- Formation des gestionnaires sur les nouveaux outils (mai à juin 2014).

Taux d'employés ayant participé aux activités de formation continue

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
CHUS	71,55%	75,16%	71,55%	●	+ ↑



DÉFINITION :

Taux d'employés ayant participé aux activités de formation continue : Pourcentage d'employés ayant participé à au moins une activité de formation continue.

- Mesure la situation actuelle en comparaison avec la même période de l'année précédente. L'analyse significative doit se faire sur le cumulatif ou sur chaque période individuellement, on ne peut additionner les pourcentages de chaque période, car celles-ci sont indépendantes. La cible indiquée est le résultat cumulatif au 31 mars 2012. Pour l'année 2012-2013, nous visons une augmentation du taux d'employés ayant participé aux activités de formation continue par rapport à 2011-2012.

Mise en garde : Le nombre d'employés formés dans une période peut changer rétroactivement en cours d'année selon le moment de la réception de l'information. La date réelle de l'activité est considérée et non la date de réception de l'information.

ANALYSE :

Le taux d'employés ayant participé aux activités de formation continue a augmenté de près de 4 % en 2012-2013 comparativement à l'année précédente. Nous atteignons donc notre objectif qui visait à dépasser les résultats de 2011-2012 malgré le fait que nous ayons ralenti les activités entre P11 et P13. Les formations RCR en dehors des heures de travail ont contribué à augmenter ce taux ainsi que la formation sur les activités de soins pour les préposés aux bénéficiaires.

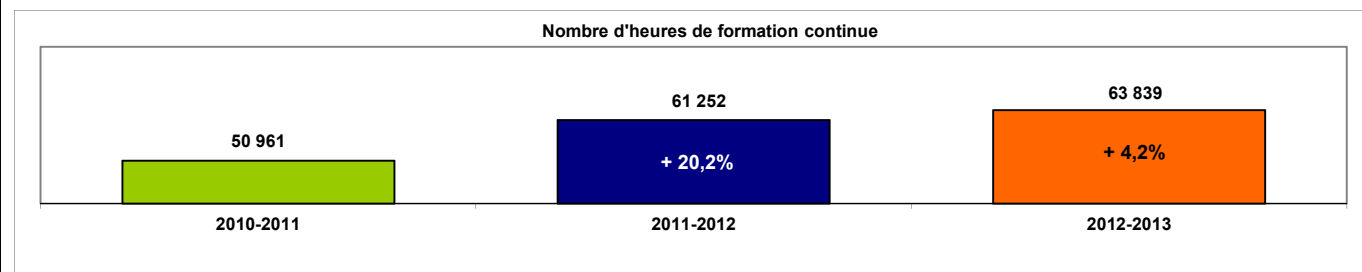
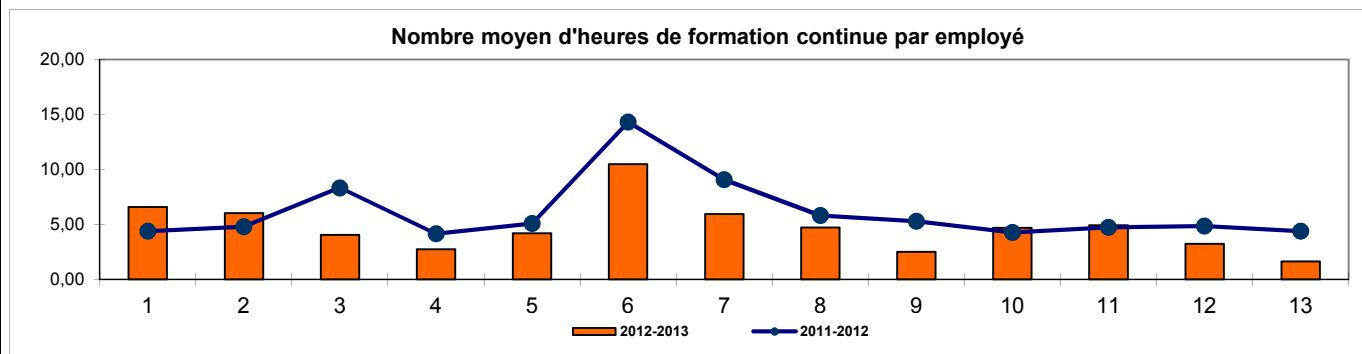
PLAN D'ACTION :

Poursuite du travail actuel pour répondre aux besoins de formation.

Suivi auprès des gestionnaires pour atteindre ou du moins se rapprocher de nos obligations syndicales de développement de tous les secteurs.

Nombre moyen d'heures de formation continue par employé

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
CHUS	15,89	15,47	15,89	●	— ↓



DÉFINITION :

Nombre moyen d'heures de formation continue par employé :

Proportion d'heures de formation continue (rémunérées ou non) par employé différent ayant participé aux activités de formation. - Mesure la situation actuelle en comparaison avec la même période de l'année précédente. L'analyse significative doit se faire sur le cumulatif ou sur chaque période individuellement, on ne peut additionner les pourcentages de chaque période, car celles-ci sont indépendantes.

La cible indiquée est le résultat cumulatif au 31 mars 2012. Pour l'année 2012-2013, nous visons une augmentation du nombre d'heures de formation continue par employé par rapport à l'an dernier.

Mise en garde : Le nombre d'employés formés dans une période peut changer rétroactivement en cours d'année selon le moment de la réception de l'information. La date réelle de l'activité est considérée et non la date de réception de l'information.

ANALYSE :

Pour l'année 2012-2013, nous avons maintenu le niveau d'heures de formation par employé différent atteint en 2011-2012 (légère diminution non significative). Les mesures de ralentissement prises du côté clinique lors des deux dernières périodes de l'année ont très certainement eu un impact sur les résultats obtenus. De plus, nous observons en 2012-2013 une augmentation du nombre de formations de courte durée ce qui vient influencer à la baisse les résultats.

Par ailleurs, le nombre d'heures de formation total pour l'organisation a augmenté 4,2 % comparativement à l'année précédente. Cette donnée confirme la tendance des quatre dernières années où nous avons vu passer le nombre d'heures de formation de 45 525 à 63 839 heures. Ces résultats sont attribuables aux efforts investis dans les dernières années pour assurer un suivi plus serré des PDRH et des cibles imposées par nos obligations syndicales. Conséquemment, les résiduels annuels de formation ont diminué durant les trois dernières années. Pour 2012-2013, le seul résiduel concerne nos obligations envers FIQ pour un montant de 463 000\$, résultat qui constitue toutefois une diminution de 15 % comparativement à 2011-2012.

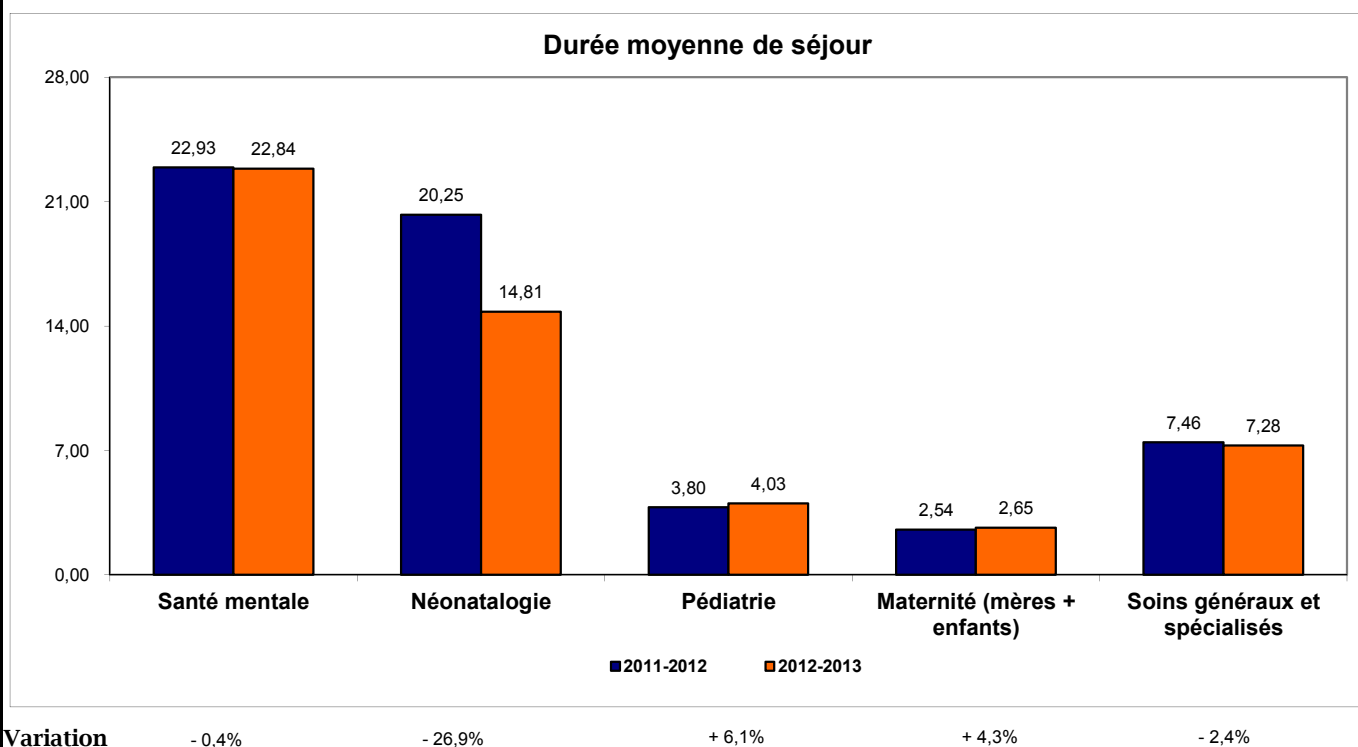
PLAN D'ACTION :

Poursuite des actions et des efforts.

INDICATEURS DE PROCESSUS

Durée moyenne de séjour (jours)

Spécialité	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Séjour moyen global	7,28	7,14	7,28	●	+ ↓
Santé mentale	22,93	22,84	22,93		
Néonatalogie	20,25	14,81	20,25		
Pédiatrie	3,80	4,03	3,80		
Maternité (mères + enfants)	2,54	2,65	2,54		
Soins généraux et spécialisés	7,46	7,28	7,46		
Hôpital Fleurimont	6,93	6,78	6,93		
Hôtel-Dieu	8,27	7,99	8,27		



DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour :

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

Cible : Résultat au 31 mars 2012

ANALYSE :

Nous avons une diminution de la durée moyenne de séjour pour plusieurs secteurs. La diminution la plus importante est observée en néonatalogie où la durée moyenne de séjour est de 14,81 alors qu'elle était de 20,25 en 2011-2012, ce qui représente une diminution de 26,9 %. Nous observons par contre une hausse de la durée moyenne de séjour en pédiatrie, qui passe de 3,80 en 2011-2012 à 4,03 en 2012-2013, soit une augmentation de 6,1 %.

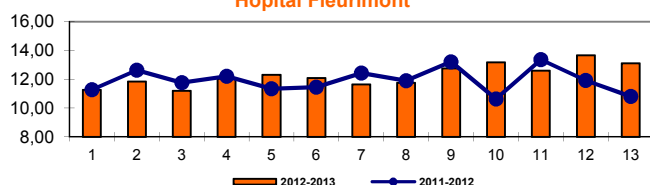
PLAN D'ACTION :

Beaucoup d'efforts et d'interventions ont été réalisés dans la dernière année en collaboration avec l'équipe médicale afin de diminuer la durée moyenne de séjour en néonatalogie. Nous avons maintenu une accessibilité constante depuis juin 2009 en plaçant les patients aux bons endroits. Nous avons développé un tableau de bord qui permet de mieux cibler les actions afin d'optimiser la durée moyenne de séjour.

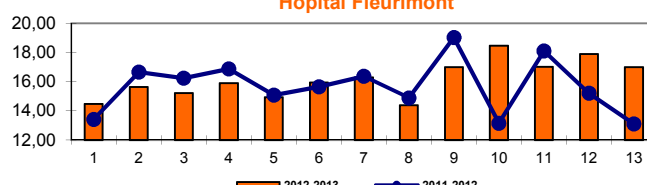
Séjour moyen sur civière à l'urgence (heures)

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Hôpital Fleurimont					
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique)	11,90	12,25	11,00	▲	— ↑
Séjour moyen sur civière à l'urgence (75 ans et plus)	15,62	16,14	11,00	■	— ↑
Hôtel-Dieu					
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé physique)	13,12	11,92	11,00	●	+ ↓
Séjour moyen sur civière à l'urgence (santé mentale)	28,56	26,03	18,00	■	+ ↓
Séjour moyen sur civière à l'urgence (75 ans et plus)	16,27	14,01	11,00	■	+ ↓

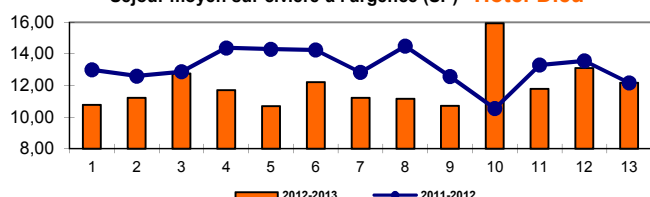
Séjour moyen sur civière à l'urgence (SP) -
Hôpital Fleurimont



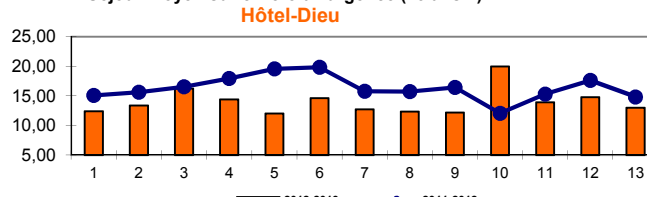
Séjour moyen sur civière à l'urgence (75 ans +) -
Hôpital Fleurimont



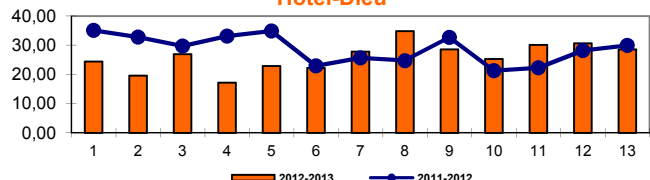
Séjour moyen sur civière à l'urgence (SP) - Hôtel-Dieu



Séjour moyen sur civière à l'urgence (75 ans +) -
Hôtel-Dieu



Séjour moyen sur civière à l'urgence (S. mentale) -
Hôtel-Dieu



Nombre de patients sur civière

	2011-2012	2012-2013
Hôpital Fleurimont	24 643	23 949
Hôtel-Dieu	22 679	23 929
CHUS	47 322	47 878

DÉFINITION :

Séjour moyen sur civière à l'urgence : Temps moyen nécessaire pour accueillir, évaluer et orienter la clientèle vers une destination appropriée. Séjour de 48 heures et plus sur civière : Pourcentage de la clientèle (urgence santé physique et mentale) couchée sur civière au cours d'une période et dont le séjour à l'urgence est égal ou plus grand que 48 heures.

Cible : Cible prévue aux ententes de gestion

ANALYSE :

En lien avec le plan d'action à l'urgence secteur santé mentale, malgré la hausse du nombre de patients sur civière de 18 %, soit 641 patients de plus, le délai sur civière s'est amélioré de 9 % comparativement à l'an dernier, passant de 28,56 à 26,03 heures. Malgré une augmentation des patients sur civière à l'Hôtel-Dieu, nous parvenons à réduire le délai des patients sur civière. Pour l'ensemble du CHUS, il y a une hausse des visites à l'urgence où la condition du patient nécessite une civière. En 2012-2013, le séjour moyen global (patients hospitalisés ou non) pour le CHUS est de 13,30. Pour l'année 2011-2012, le séjour moyen global était de 13,63.

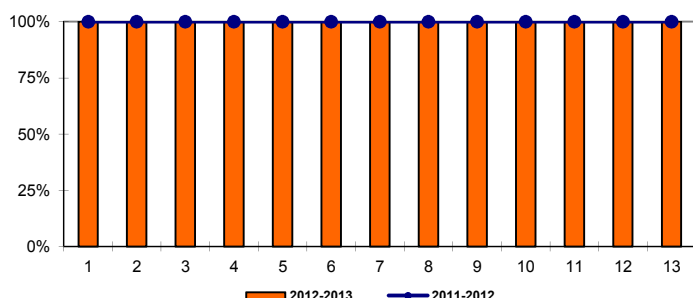
PLAN D'ACTION :

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

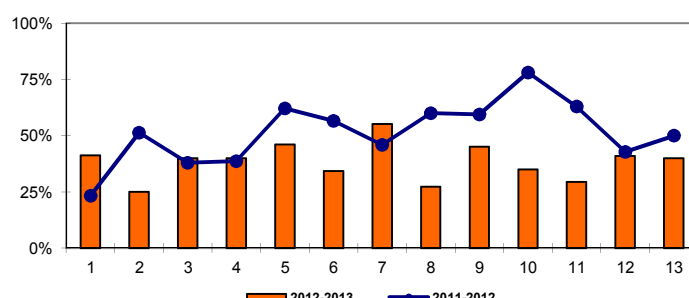
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis (électrophysiologie & hémodynamie)

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Électrophysiologie : % Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis	63,2%	54,3%			
Urgent (Cat. A)	100,0%	100,0%	100%	●	=
Électif (Cat. B)	51,6%	38,7%	60%	■	— ↓
Hémodynamie : % Demandes réalisées à l'intérieur des délais établis	91,9%	90,0%			
Urgent (Cat. A)	93,7%	92,9%	100%	●	— ↓
Électif (Cat. B)	86,7%	80,2%	90%	▲	— ↓

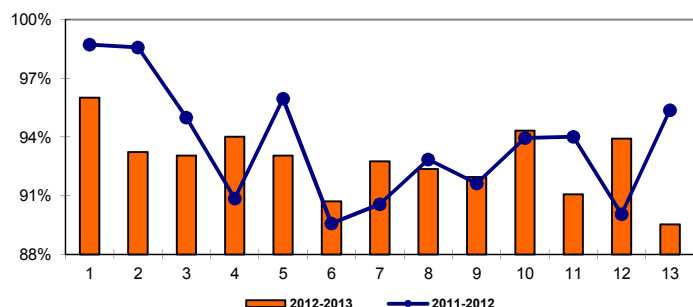
Demandes réalisées en électrophysiologie dans les délais (Urgent)



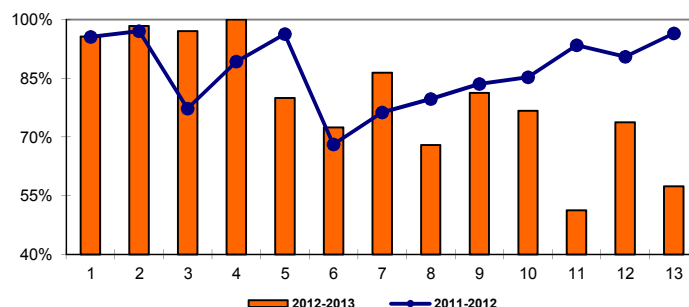
Demandes réalisées en électrophysiologie dans les délais (Électif)



Demandes réalisées en hémodynamie dans les délais (Urgent)



Demandes réalisées en hémodynamie dans les délais (Électif)



DÉFINITION :

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

Cible : Cible prévue aux ententes de gestion

ANALYSE :

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

Électrophysiologie : Avec les ressources qui sont en places, nous réussissons à prioriser 100 % de la clientèle de la catégorie A.

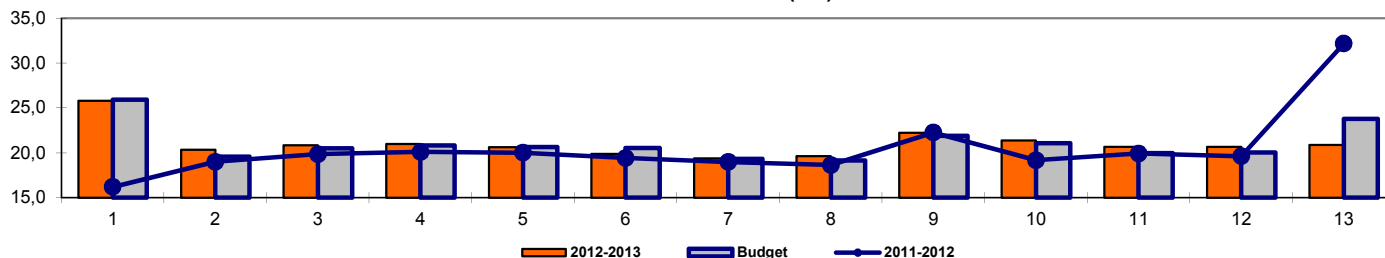
PLAN D'ACTION :

INDICATEURS DE RESSOURCES

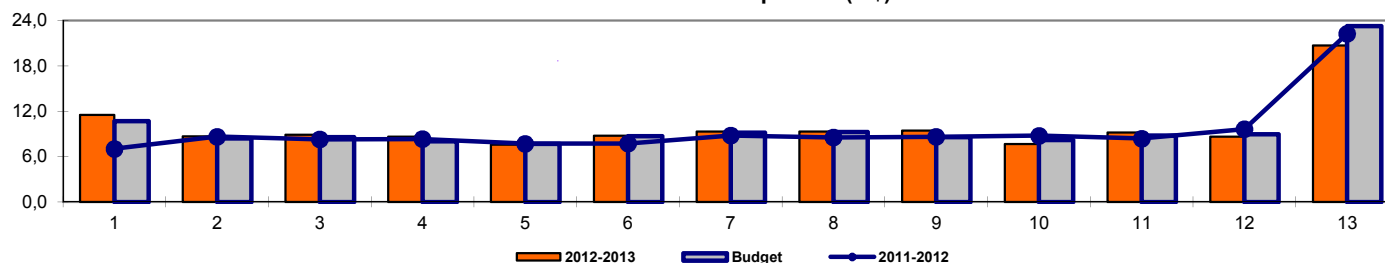
Résultats financiers - Évolution des coûts

Indicateur	Résultats (M\$)		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Salaires totaux	265,4	273,3	273,3	●	N/A
Autres dépenses	122,7	128,4	128,4	●	N/A
Fournitures médicales	25,3	25,6	25,6		
Médicaments	20,7	21,5	21,8		
Prothèses	15,1	16,5	15,7		

Salaires (M\$)



Autres dépenses (M\$)



DÉFINITION :

Résultats financiers :

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

Cible: Budget annuel

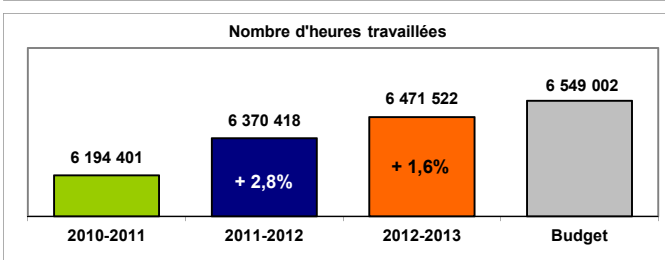
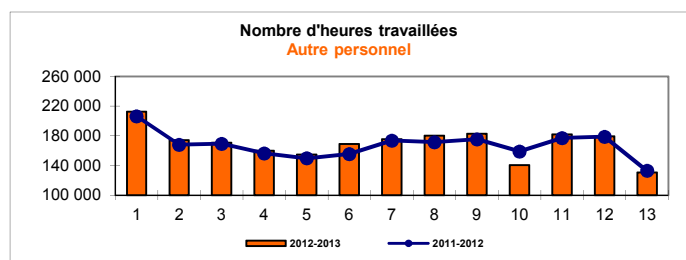
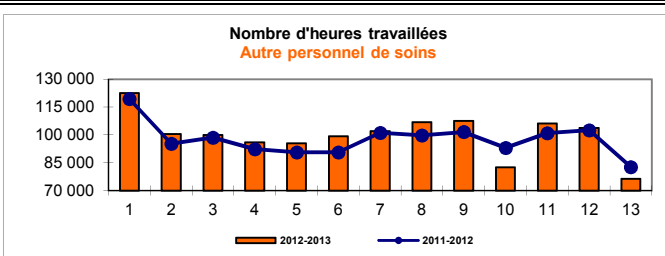
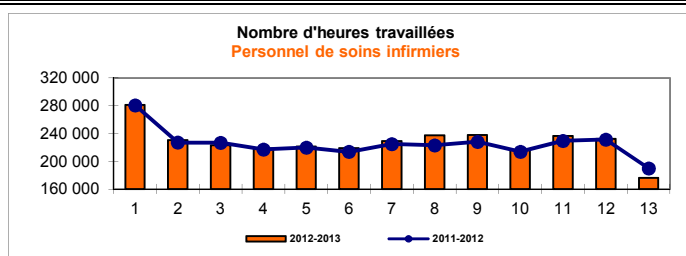
ANALYSE :

Grâce aux efforts de tous prévus au plan de resserrement, il a été possible d'atteindre l'équilibre budgétaire.

PLAN D'ACTION :

Nombre d'heures travaillées

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Infirmières	1 790 169	1 768 864	1 827 353		
Infirmières auxiliaires	385 802	410 107	403 580		
Éducateurs spécialisés	20 500	35 670	35 203		
Préposés aux bénéficiaires	730 256	745 470	709 424		
Sous-total personnel de soins infirmiers	2 926 727	2 960 111	2 975 559	●	↑
Techniciens de la santé	959 711	966 796	963 061		
Professionnels de la santé	309 423	332 875	326 237		
Sous-total autre personnel de soins	1 269 134	1 299 671	1 289 298	●	↑
Personnel de soutien	845 978	845 728	833 816		
Commis et réceptionnistes	177 517	180 657	176 001		
Autre personnel administratif	933 721	958 938	967 110		
Cadres	209 411	215 382	239 228		
Autres	7 930	11 035	67 991		
Sous-total autre personnel	2 174 557	2 211 740	2 284 145	●	↑
TOTAL	6 370 418	6 471 522	6 549 002	●	↑



DÉFINITION :

Nombre d'heures travaillées :

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

Cible: Résultat au 31 mars 2012

ANALYSE : (Constat fait par la DRFST et DRHE)

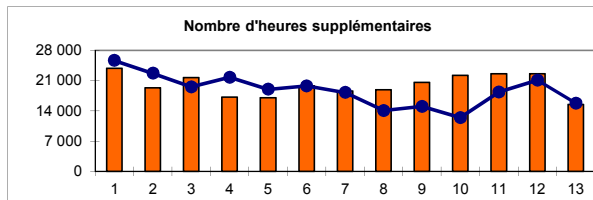
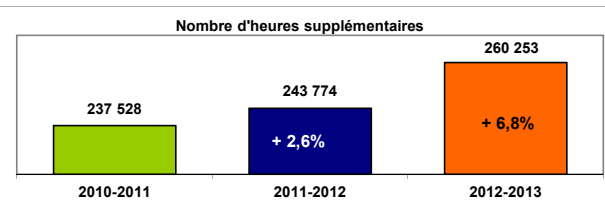
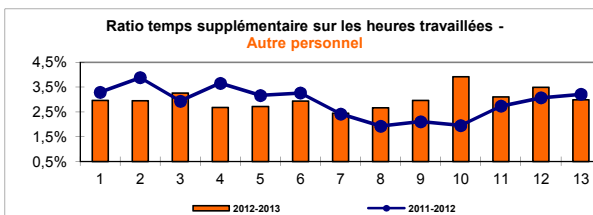
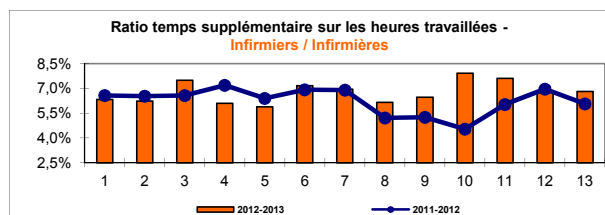
- En 2012-2013, le nombre d'heures travaillées a augmenté par rapport à l'année 2011-2012 (101 104 heures), soit 1,6 % de plus. Par contre, en période 10, il y a 26 404 heures de moins que l'an dernier, ce qui s'explique par le fait qu'il y a eu trois jours fériés de plus cette année au cours de cette période.
- En 2012-2013, il y a une hausse de 37 183 heures travaillées pour le regroupement autre personnel. Cette hausse est constatée dans la catégorie autre personnel administratif dans les titres d'emploi de techniciens en administration, agentes administratives, agents de gestion de personnel, archivistes, ingénieurs bio-médicaux ainsi qu'au niveau des spécialistes en procédés administratifs.
- Nous constatons une baisse de 21 305 heures pour les infirmières qui est compensée par une hausse d'heures travaillées par les autres titres d'emploi faisant partie de la catégorie personnel de soins. C'est le résultat des réorganisations de l'an passé sur les unités de soins.
- Également, nous notons une augmentation des heures travaillées pour les professionnels de la santé. Cette hausse se situe principalement dans les titres d'emploi de travailleurs sociaux, nutritionnistes, pharmaciens, orthophonistes, ergothérapeutes ainsi qu'au niveau des physiciens. Notamment pour les travailleurs sociaux, cela s'explique par leur ajout à l'Urgence depuis la période 7. L'augmentation des heures chez les professionnels de la santé, est en lien avec la réalité clinique (augmentation de l'intensité de soins).

PLAN D'ACTION :

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

Ratio temps supplémentaire vs heures travaillées

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Infirmières	6,2%	6,7%			
Sous-total infirmiers / infirmières	6,24%	6,75%	5,44%	■	— ↑
Infirmières auxiliaires	4,8%	5,0%		■	— ↑
Éducateurs spécialisés	4,4%	6,1%		■	— ↑
Préposés aux bénéficiaires	6,1%	6,8%		■	— ↑
Techniciens de la santé	3,0%	2,8%			
Professionnels de la santé	0,8%	0,7%			
Personnel de soutien	1,7%	1,5%			
Commis et réceptionnistes	4,7%	4,9%			
Autre personnel administratif	1,4%	1,6%			
Cadres	0,3%	0,4%			
Autres	0,0%	0,0%			
Sous-total autre personnel	2,88%	3,00%	3,13%	●	— ↑
TOTAL	3,83%	4,02%			— ↑



DÉFINITION :

Ratio temps supplémentaire vs heures travaillées :

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

Cible : Cible prévue aux ententes de gestion

ANALYSE : (Constat fait par la DRFST)

Le temps supplémentaire est nécessaire pour combler des quarts de travail non comblés dus à la rareté de main d'œuvre infirmière. En 2012-2013, nous observons une augmentation du temps supplémentaire, ce qui a pour impact que les ressources en place sont beaucoup plus sollicitées pour faire du temps supplémentaire et ainsi supporter l'augmentation des congés (absences maladie, congés de maternité, retraites progressives, étude temps partiel) et plus particulièrement cette année des congés pour retour aux études (hausse de 62% chez les infirmières). Suite au manque de ressources, la direction a recommandé aux membres du conseil d'administration la fermeture de 29 lits et ce, effective depuis le 25 février. Cette mesure vise à maintenir la sécurité des soins aux patients.

Depuis décembre 2012, nous observons une augmentation de 30% de l'utilisation du temps supplémentaire imposé aux infirmières.

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

- Bonification des postes TP.
- Affichages du temps supplémentaire en confection d'horaire.
- Procédures d'affichage en continu du temps supplémentaire depuis mars 2013.
- Réorganisation des soins et des services.
- Révision des courbes de vacances et rotation de quarts.

PLAN D'ACTION :

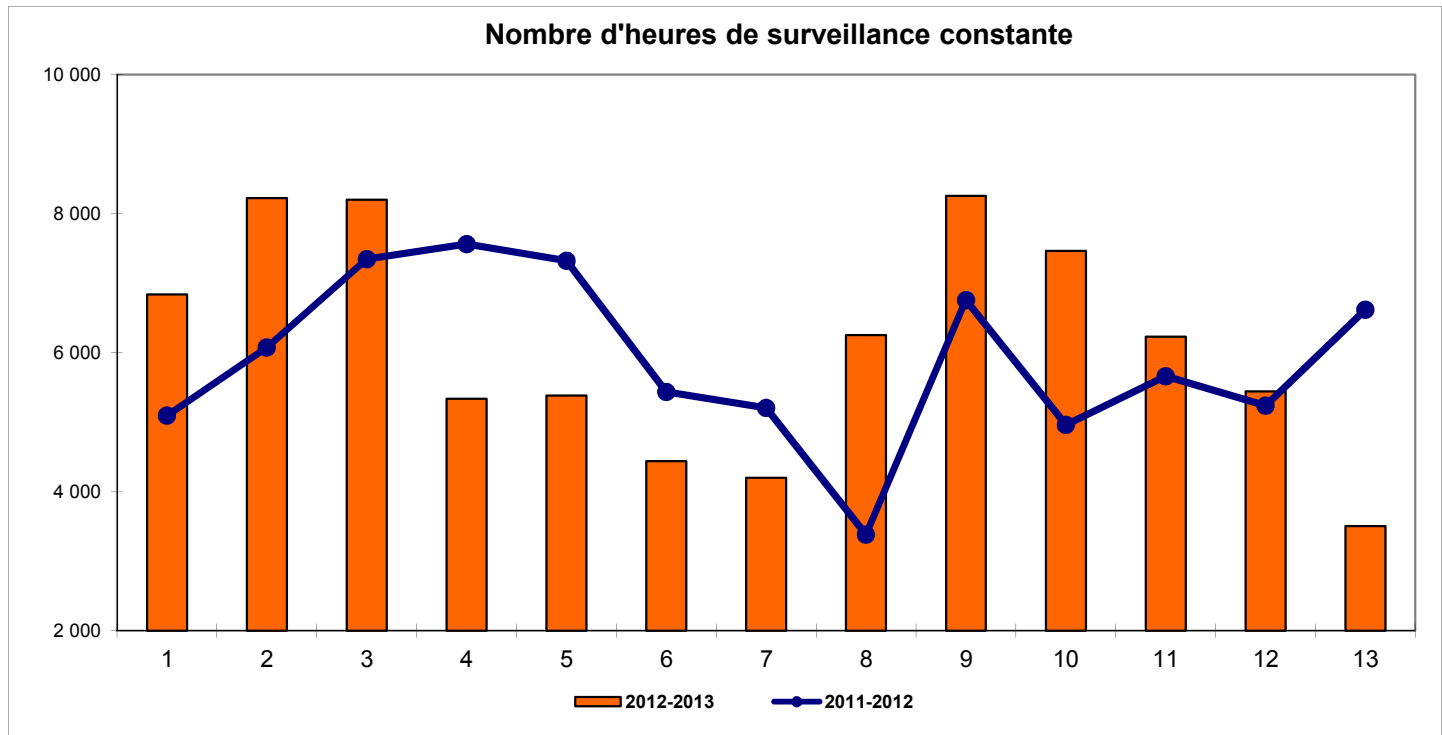
- Poursuite des travaux de réorganisation du travail.
 - Poursuivre l'affichage du temps supplémentaire en confection d'horaire et les procédures d'affichage en continu du temps supplémentaire.
- Travailler sur les mouvements internes et les structures de postes pour les infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et réceptionnistes d'unités. Ces travaux visent à améliorer la prestation de travail effectuée en temps régulier, et ce, en profitant des nouvelles dispositions des conventions collectives nationales prévues à cet effet et élaborées sur le modèle du rehaussement effectué au CHUS.

Nombre d'heures de surveillance constante

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Heures de surveillance constante	76 672	79 780	55 932	■	— ↑

Salaires en surveillance constante

1 727 137 \$ 1 894 043 \$



DÉFINITION :

Surveillance constante :

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

Cible : Budget annuel

ANALYSE :

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

Pour l'ensemble de l'année, il y a eu une augmentation de 3 108 heures par rapport à 2011-2012, ce qui représente 4,1 % de plus.

PLAN D'ACTION :

Ratio assurance-salaire vs heures travaillées

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Infirmières	5,20%	5,28%	5,0%		
Infirmières auxiliaires	7,77%	8,11%	5,0%		
Éducateurs spécialisés	4,30%	2,45%	5,0%		
Préposés aux bénéficiaires	7,16%	8,26%	5,0%		
Sous-total personnel de soins infirmiers	6,02%	6,39%	5,0%	■	— ↑
Techniciens de la santé	3,30%	4,38%	5,0%		
Professionnels de la santé	4,47%	2,18%	5,0%		
Sous-total autre personnel de soins	3,58%	3,81%	5,0%	●	— ↑
Personnel de soutien	5,31%	5,62%	5,0%		
Commis et réceptionnistes	6,53%	3,72%	5,0%		
Autre personnel administratif	5,73%	5,77%	5,0%		
Cadres	4,02%	2,42%	5,0%		
Autres	0,00%	0,00%	5,0%		
Sous-total autre personnel	5,46%	5,21%	5,0%	●	+ ↓
TOTAL	5,34%	5,47%	5,0%	●	— ↑

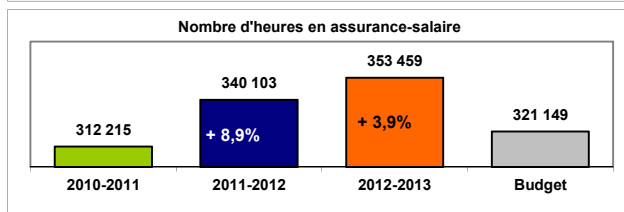
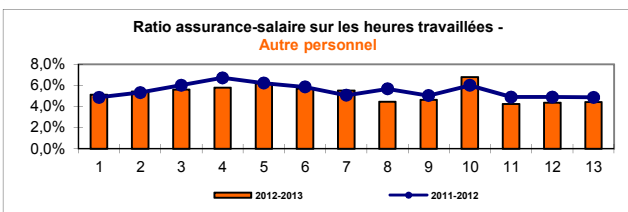
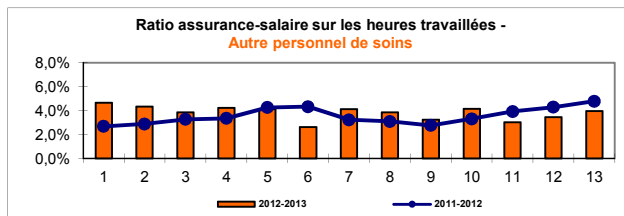
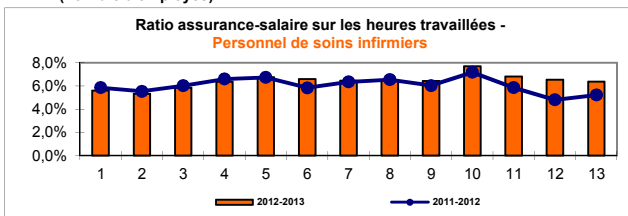
Impact financier (incluant ch. sociales 11,5 %)

7 509 426 \$ 7 872 972 \$

ETC (nombre d'employés)

180

186



DÉFINITION :

Ratio en assurance-salaire :

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

Cible : prévue aux ententes de gestion

ANALYSE : (constat fait par la DRFST seulement)

Pour l'ensemble du CHUS, en 2012-2013, le ratio d'assurance-salaire est légèrement supérieur à celui de l'année dernière. Au niveau du personnel de soins, il y a une augmentation du ratio en assurance-salaire pour les préposés aux bénéficiaires dont une partie de l'augmentation provient des dossiers CSST renversés. Pour ces derniers, il faut aussi noter qu'il y a eu une hausse de 17 cas survenus ainsi qu'une hausse de 4 808 heures en assignation temporaire. Il y a également eu une hausse de 17 cas survenus pour les infirmières auxiliaires.

En ce qui concerne le groupe "Autre personnel", il y a une hausse au niveau du personnel de soutien et ce, malgré nos efforts en assignation temporaire (hausse de 2 104 heures). Pour le même groupe, il y a eu une diminution importante du ratio chez les cadres ainsi que les commis et réceptionnistes. Les heures en assurance-salaire ont augmenté de 3,9 % (13 356 heures de plus) comparativement à l'année dernière alors que les heures travaillées des activités principales de la même période n'ont augmenté que de 1,6 %. Globalement, il y a eu une hausse de l'assignation temporaire de 32,4 % (25 438 heures à 33 671 heures). Cela reflète les efforts de garder les employés au travail.

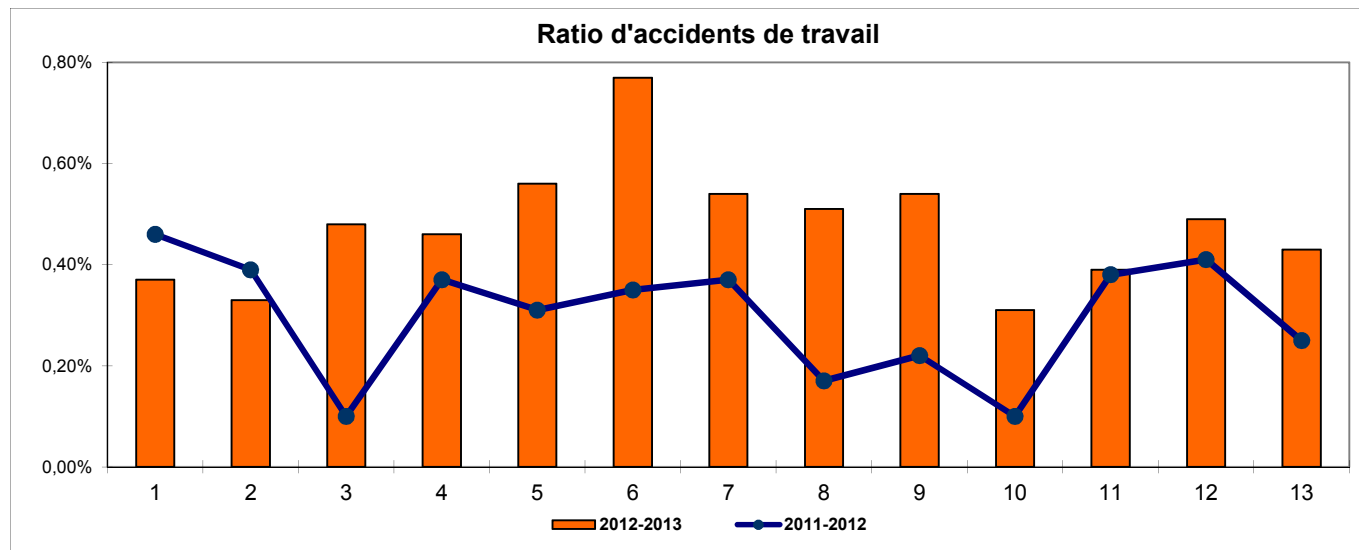
PLAN D'ACTION :

Plan d'action Présence au travail 2012-2014 qui vise particulièrement l'hygiène/salubrité, la diététique ainsi que l'Urgence de l'Hotel-Dieu et le 6A chirurgie à l'hôpital Fleurimont.

Gestion médico-légale : 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, corridors privilégiés en imagerie médicale et en physiothérapie, collaboration des spécialistes pour des consultations et des chirurgies, expertises légales, arbitrage médical, programme d'aide aux employés, projet d'assignation temporaire pour chaque dossier, accompagnement lors du retour au travail, postes réservés et accommodement pour le personnel avec limitations fonctionnelles et accès pour les gestionnaires à un tableau de bord.

Ratio d'accidents de travail

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto	Tendance
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Ratio d'accidents de travail	0,30%	0,47%	0,39%	■	- ↑



DÉFINITION :

Ratio d'accidents de travail :

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

La cible de cette année est basée sur la moyenne des ratios annuels des 4 dernières années.

EALB : Exposition aux liquides biologiques

Taux de fréquence: Nombre de cas avec perte de temps * 200 000h / heures travaillées

ANALYSE :

Le ratio des préposés aux bénéficiaires est très élevé avec 1,55 (19 cas supplémentaires avec perte de temps). De plus, les heures CSST des préposés aux bénéficiaires ont augmenté de 5 624 heures alors qu'en parallèle, les heures d'assignation temporaire sont en hausse de 27,5% (+3 769 heures).

Les ratios d'accidents de travail sont aussi plus élevés que la cible de 0,39 chez les infirmières auxiliaires (ratio à 0,68), les réceptionnistes (ratio à 0,62), les infirmières (ratio à 0,57) et le personnel de soutien (ratio à 0,56). Globalement, il y a eu deux dossiers de moins occasionnant des pertes de temps, mais les heures CSST sont en hausse de 64% (+14 259 heures).

De plus, le taux de fréquence des accidents est passé de 10,68 à 16 accidents pour un ratio de 100 employés à temps complet comparativement à 3,78 pour l'ensemble du CHUS.

PLAN D'ACTION :

Mise en place de thèmes SST. Il y a 5 thèmes présentés aux employés en 2012-2013. Environ 200 employés ont été rencontrés (installations matérielles, centre de distribution, buanderie). Ces thèmes sont intégrés dans les comités locaux SST pour 2013-2014.

Plan d'action de présence au travail 2012-2014 qui vise particulièrement l'hygiène/salubrité, la diététique ainsi que l'Urgence de l'Hôtel-Dieu et le 6A chirurgie à l'hôpital Fleurimont.

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

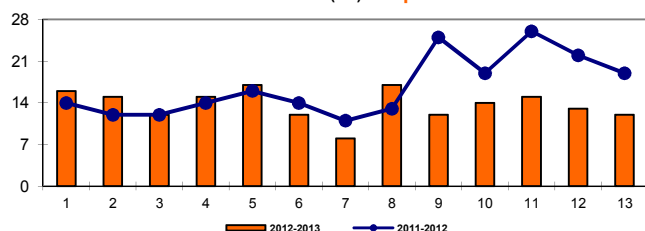
Prévention : investissement de 400 000 \$ annuel en petits équipements liés à des risques pour la santé et la sécurité du personnel, analyses ergonomiques (ergo-bureau, rénovations et construction), formateurs PDBS, comités de santé et sécurité (7), autres comités comme experts (5), support et assistance auprès des gestionnaires et des employés, programme d'immunisation, maintien des programmes de prévention : protection respiratoire, aiguilles sécuritaires, médicaments dangereux et CHUS-Énergique.

INDICATEURS DE PATIENTS

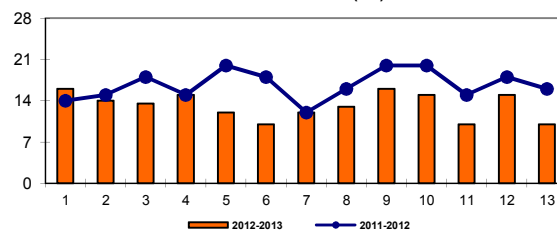
Nombre de patients en attente de transfert

Spécialité	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Moyenne 11-12	Moyenne 12-13			
Hôpital Fleurimont (santé physique)	17	14			+ ↓
UCDG	3	3			
UTRF	1	1			
URFI	10	7			
CHSLD	3	3			
Hôtel-Dieu (santé physique)	17	13			+ ↓
UCDG	3	2			
UTRF	2	2			
URFI	1	1			
CHSLD	11	8			
CHUS (santé physique)	34	27	15	■	+ ↓
Hôtel-Dieu (santé mentale)					
CHSLD	3	1			
RI	3	3			
RTF	1	2			
CR	2	1			
AUTRES	2	5			
Total (santé mentale)	11	12	N/D	N/D	- ↑

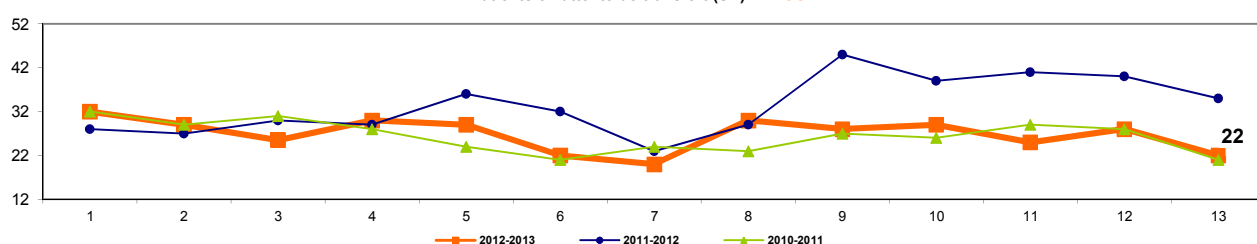
Patients en attente de transfert (SP) - Hôpital Fleurimont



Patients en attente de transfert (SP) - Hôtel-Dieu



Patients en attente de transfert (SP) - CHUS



DÉFINITION :

Patients en attente de transfert :

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

ANALYSE :

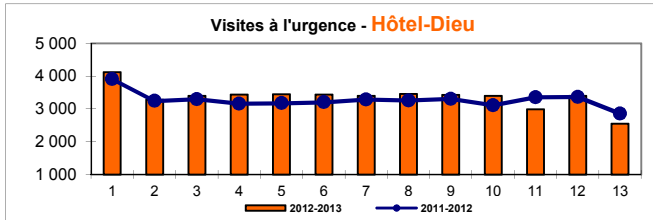
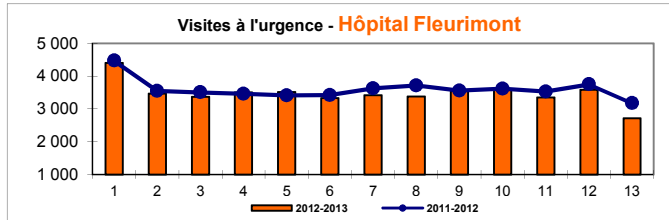
Sur un total de 27 patients en moyenne, 11 sont en attente d'une place en CHSLD et 8 sont en attente d'une place pour l'URFI. Pour l'Hôtel-Dieu, à l'exception de la période 1, nous remarquons que le nombre de patients en attente de transfert diminue ou demeure stable par rapport à l'année dernière. Pour l'hôpital Fleurimont, depuis la période 9, nous notons une nette amélioration du nombre de patients en attente de transfert par rapport à l'année précédente.

PLAN D'ACTION :

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

Visites à l'urgence

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Hôpital Fleurimont	46 780	45 188	46 780	●	↓
Hôtel-Dieu	42 509	43 735	42 509	●	↑
CHUS	89 289	88 923	89 289	●	↓



Répartition de nombre de visites par cote de priorité

CHUS	89 289	88 923	
Cote 1	398	388	↓
Cote 2	5 506	5 645	↑
Cote 3	32 225	33 650	↑
Cote 4	40 148	39 330	↓
Cote 5	10 665	9 604	↓
Non codées	347	306	↓

DEFINITION :

Visite à l'urgence :

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

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

Cible: Résultat au 31 mars 2012

ANALYSE :

Il y a une diminution des visites à l'urgence par rapport à l'année précédente de 366 visites, ce qui représente 0,4 %. Cette diminution est survenue à l'Hôpital Fleurimont. Pour l'ensemble du CHUS, la baisse des visites se situe au niveau des cotes de priorité 4 et 5 qui sont en baisse de 1 879, soit 3,7%.

En 2012-13, cumulatif à la période 13, il y avait 19 723 arrivées en ambulance, une augmentation de 901, soit 4,8 % comparativement à l'année 2011-12.

Hôpital Fleurimont : + 141

Hôtel-Dieu : + 760

En 2012-13, cumulatif à la période 13, il y avait 15 165 hospitalisations via l'urgence, une augmentation de 277, soit 1,9 % comparativement à l'année 2011-12.

Hôpital Fleurimont : + 146

Hôtel-Dieu : + 131

Le 14 décembre 2011, il y a eu l'implantation de la réorientation des patients vers une "clinique-réseau-CMU". En 2012-2013, nous avons eu la possibilité de référer 106 patients par semaine de gravité 4 et 5. Depuis février 2013, la clinique accueille la clientèle les dimanches.

Au total pour l'année, nous avons référé 4055 patients vers cette clinique, pour une moyenne de 312 patients référés par période.

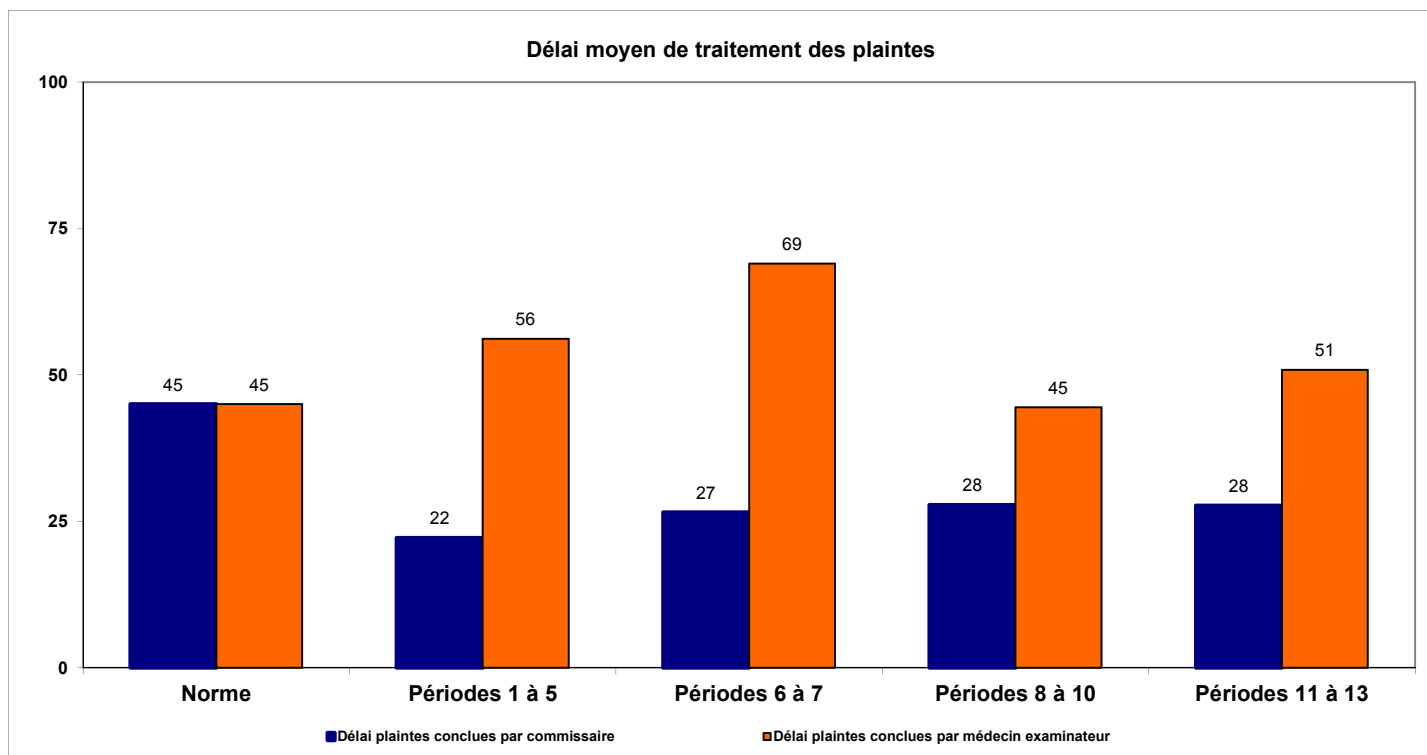
PLAN D'ACTION :

Mise en place de la téléassistance en soins de plaies complexes et clinique du pied diabétique dans le but de désengorger les urgences.

Également, il y a un suivi rigoureux dans la gestion des lits, appel conférence au besoin dans le même but. De plus, il y a eu ajout d'un coordonnateur de soins de jour. Pour le secteur santé physique, en novembre 2011, il y a eu signature de la convention "clinique-réseau-CMU" pour les patients de gravité 4 et 5 entre les différents partenaires, soit le CSSS-IUGS, la clinique des médecins d'urgence (CMU), le CHUS et l'agence. Les principaux engagements du CHUS sont de référer des patients de gravité 4 et 5 d'assurer et maintenir l'accès aux plateaux techniques et diagnostiques.

Délai moyen de traitement des plaintes (jours)

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Plaintes conclues par le commissaire	29	25	< 45	●	+ ↓
Plaintes conclues par le médecin examinateur	48	53	< 45	▲	- ↑



DÉFINITION :

Délai moyen de traitement :

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

Cible : Cible selon loi L4S article 33 du paragraphe 6

ANALYSE :

Le traitement des plaintes (45 jours) par la CLPQS a été respecté. Les chiffres réels pour la CLPQS en P13 sont de 18 plaintes pour un délai de 30 jours. Par contre, des ajustements sur les périodes antérieures ont eu lieu et la modification est indiquée en P13.

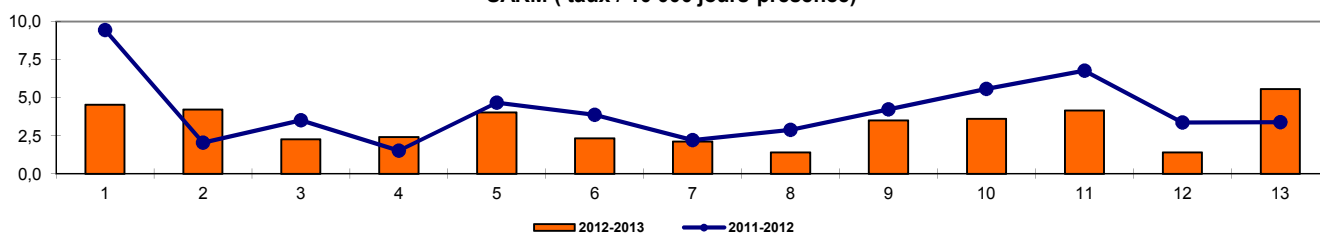
Les chiffres réels pour le ME en P13 sont de 3 plaintes pour un délai de 79 jours. Un dossier s'est fermé au retour du congé de maladie de la médecin visée avec un délai de 182 jours. De plus, une modification s'est faite en P4 et l'ajustement est indiqué en P13.

PLAN D'ACTION :

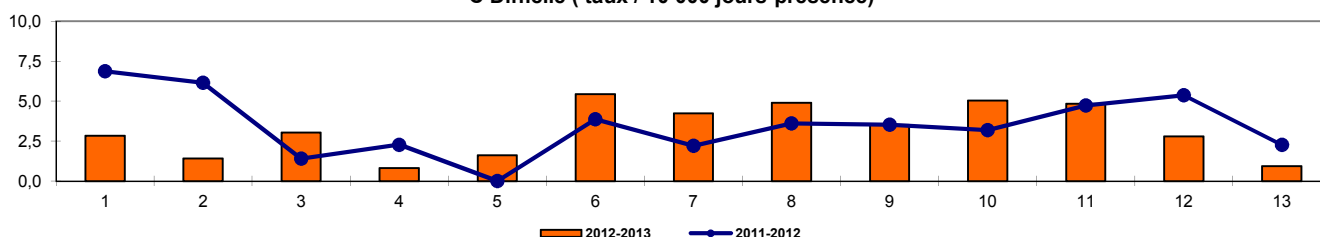
Infections nosocomiales

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Taux / 10 000 jours-présence					
SARM	4,0	3,2	< 4	●	+ ↓
C Difficile	3,5	3,2	< 5.5	●	+ ↓
ERV	0,6	0,0	< 1	●	+ ↓

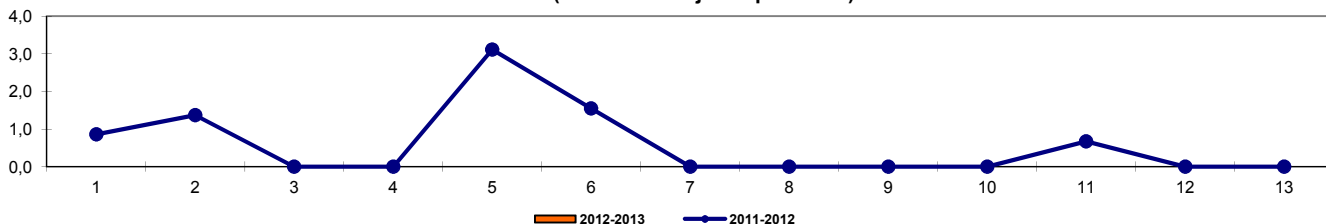
SARM (taux / 10 000 jours-présence)



C Difficile (taux / 10 000 jours-présence)



ERV (taux / 10 000 jours-présence)



DÉFINITION :

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

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

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

Cible: Seuils des taux provinciaux (SARM et C Difficile) et résultat au 31 mars 2011 (ERV)

ANALYSE :

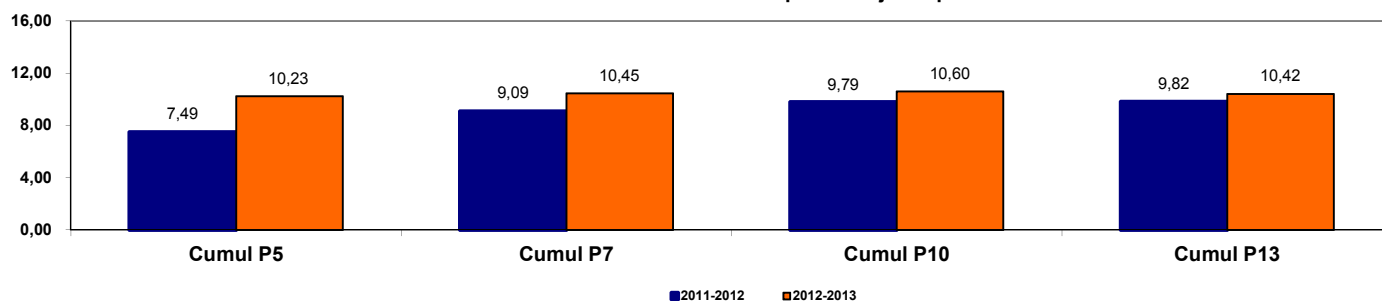
En 2012-2013, nous constatons qu'il n'y a eu aucun cas de ERV. En ce qui concerne le SARM et le C Difficile, nous observons une diminution du taux par rapport à l'année dernière.

PLAN D'ACTION :

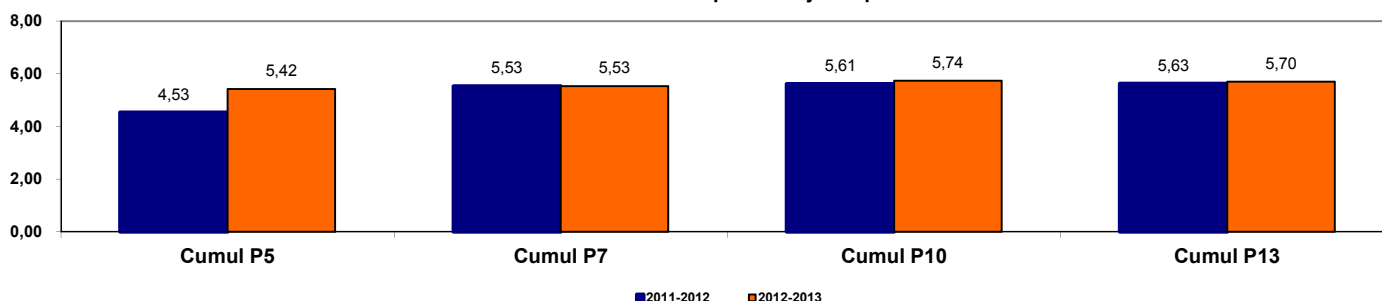
Taux de déclaration (taux par 1 000 jours-présence)

Indicateur	Résultats		Cible annuelle	Picto vs cible	Tendance vs 11-12
	Cumul 11-12	Cumul 12-13			
Taux de déclaration d'erreurs de médicaments	9,82	10,42	N/A	N/A	+ ↑
Taux de déclaration de chutes	5,63	5,70	N/A	N/A	+ ↑

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



Taux de déclaration de chutes par 1 000 jours-présence



DÉFINITION :

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

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

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

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

ANALYSE :

PLAN D'ACTION :

ANNEXE 4 – RAPPORT DE L'AUDITEUR INDEPENDANT



Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

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

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 2013 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie de tous les fonds pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes et l'état des résultats du fonds d'exploitation, sont tirés des états financiers audités de Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2013 (voir ci-dessous). 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 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (ci-après le « 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 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion non modifiée indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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

Sherbrooke
Le 4 juillet 2013

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

**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]



Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie

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

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

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

Téléphone : 819 346-1110
chus.qc.ca

