Rapport annuel

de gestion

2017 18

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Québec

ÉDITION
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2018.

COORDINATION ET ADAPTATION DES TEXTES
Christiane Lemaire, conseillère en communication, DRHCAJ
Julie Michaud, agente d'information, DRHCAJ

CONTRIBUTION
Nous tenons à remercier les membres du comité de lecture de même que le personnel des différentes directions de l'établissement qui ont contribué à la production de ce document.

CORRECTION ET SECRÉTARIAT
Amélie Guilbert, adjointe à la direction, DRHCAJ

CONCEPTION GRAPHIQUE
Amélie Guilbert, adjointe à la direction, DRHCAJ

Image de couverture : 123rf.com/wavebreakmediamicro

Dépôt légal – 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN version PDF : 978-2-550-81780-2
ISBN version imprimée : 978-2-550-81779-6

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Web
WWW.CIUSSSMCQ.CA

Le rapport annuel de gestion 2017-2018 du CIUSSS MCQ a été adopté par le conseil d'administration le 14 juin 2018.

Table des matières

1. MESSAGE DES AUTORITÉS 2
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 4
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS 5
   3.1 L'établissement 5
   3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives 12
   3.3 Les faits saillants 53
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 106
   4.1 Les attentes spécifiques 2017-2018 106
   4.2 Engagements annuels 116
5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ 132
   5.1 L'agrément 132
   5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services 132
   5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement 140
   5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits 141
   5.5 L'information et la consultation de la population 141
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE 142
7. LES RESSOURCES HUMAINES 143
   7.1 La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public 143
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES 145
   8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme 145
   8.2 L'équilibre budgétaire 146
   8.3 Contrats de service comportant une dépense de 25 000 $ et plus conclus entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018 147
9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT 148
10. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 150
11. ANNEXES 163
   Annexe I - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 163
   Annexe II – Échelle de classification des événements 173
   Annexe III - Liste des acronymes 174

1. Message des autorités

M. Martin Beaumont
P-D.G.

M. Richard Desrochers
Président du CA

En 2017-2018, le CIUSSS MCQ a poursuivi la mise en place de la transformation qui, depuis 3 ans, favorise l'amélioration des soins et services de nos usagers. Tous les acteurs ainsi que les instances rattachées au conseil d'administration ont concentré leurs efforts, dans un leadership collectif, en visant l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'optimisation des services pour les citoyens de notre région, tout en assurant du même coup le mieux-être de tous nos intervenants.

Les efforts ont particulièrement porté sur nos quatre grandes priorités soit : un capital humain en santé et en sécurité afin d'assurer sa disponibilité; l'accès aux soins et services professionnels de première ligne; l'intégration et la continuité des soins et services; et une offre de service de qualité afin de relever le défi de la perte d'autonomie. Ces priorités, intégrées au plan annuel 2016-2017, ont mené à de nombreuses actions. De ces priorités, 36 projets se sont amorcés en 2017-2018 pour faire progresser la performance de l'organisation et, ultimement, l'expérience de soins et de services de nos usagers. Un suivi rigoureux des résultats a été réalisé au moyen des séances mensuelles de pilotage stratégique du comité de direction ainsi que par la revue trimestrielle du tableau de bord du conseil d'administration.

Dans les faits, 85 % des projets se sont amorcés dans la dernière année. Parmi ceux-ci, certains ont été menés à terme, alors que les autres se poursuivront en 2018-2019. Vous constaterez, d'ailleurs, que ce rapport annuel de gestion est présenté en fonction des quatre grandes priorités. Vous y trouverez un portrait très intéressant des résultats de ces projets. L'atteinte des résultats doit demeurer une source importante du jugement de la population à l'égard des services rendus, car nous avons l'obligation de nous rappeler tous les jours pour qui et pourquoi nous travaillons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Conformément aux exigences légales, un Plan d'organisation triennal 2018-2021 a été produit. Ce document présente tous les services offerts au CIUSSS MCQ dans les volets cliniques, médicaux et administratifs, et sera un outil précieux pour la population, les gestionnaires, le personnel, les usagers partenaires et les autres partenaires de notre établissement. Enfin, signalons que la première visite d'agrément réalisée en octobre dernier dans notre établissement nous a octroyé une note globale de 97,3 %. La 2e visite prévue en avril 2018 viendra toutefois compléter le cycle d'agrément.

Les grandes priorités pour 2018-2019
L'atteinte de résultats ne peut se réaliser sans la contribution des gestionnaires, des employés, des médecins et l'implication des usagers partenaires qui sont une source d'inspiration et d'objectivité pour le CIUSSS MCQ. C'est pourquoi l'une des priorités de l'année 2018-2019 consiste à se préoccuper avant tout de la santé et de la sécurité de notre personnel. Par ailleurs, il est connu que le recrutement demeure un enjeu critique, et ce, partout au Québec. Voici donc les priorités du Plan annuel 2018-2019 :

- **Capital humain en santé et en sécurité afin d'assurer sa disponibilité**
- **Accès aux soins et services de proximité**
- **Trajectoires de soins et de services performantes**
- **Missions universitaires au service de l'usager**

Le Plan annuel 2018-2019, qui vise à définir les projets qui s'inscriront à l'intérieur de ces quatre priorités, a été adopté le 15 mai dernier par le conseil d'administration du CIUSSS MCQ.

Nous sommes fiers de l'avancement réalisé en 2017-2018; nos efforts se poursuivront l'an prochain en cohérence avec la vision de l'établissement de « **créer, par un leadership collectif, un CIUSSS performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec** ».

Enfin, il est de mise de souligner l'importante collaboration de tous les gestionnaires, des médecins et des bénévoles dans l'amélioration de notre réseau de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et nous les en remercions. Nous adressons un merci spécial aux membres de notre conseil d'administration pour leur participation à l'étude des divers dossiers et à la prise de décision judicieuse de même que pour leur volonté de créer de la valeur et de faire mieux, toujours mieux. Évidemment, il est essentiel de reconnaître l'engagement de nos ressources humaines, leur grand professionnalisme et leur excellent travail de même que l'implication des organismes communautaires, des usagers partenaires et autres partenaires de notre région.

Bonne lecture!

Martin Beaumont
Président-directeur général

Richard Desrochers
Président du conseil d'administration

2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2017-2018 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.

Martin Beaumont
Président-directeur général

3. Présentation de l'établissement et les faits saillants

3.1 L'établissement

Le CIUSSS MCQ, créé au 1er avril 2015, est issu du regroupement de 12 établissements publics de santé et de services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Mission

Le CIUSSS MCQ a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population de son territoire en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité.

Vision

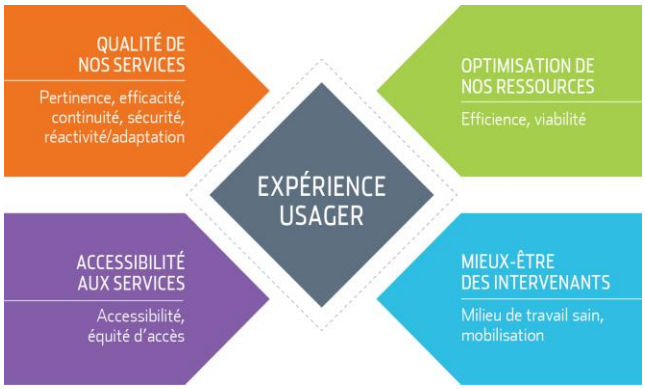
Créer, par un leadership collectif, un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Valeurs

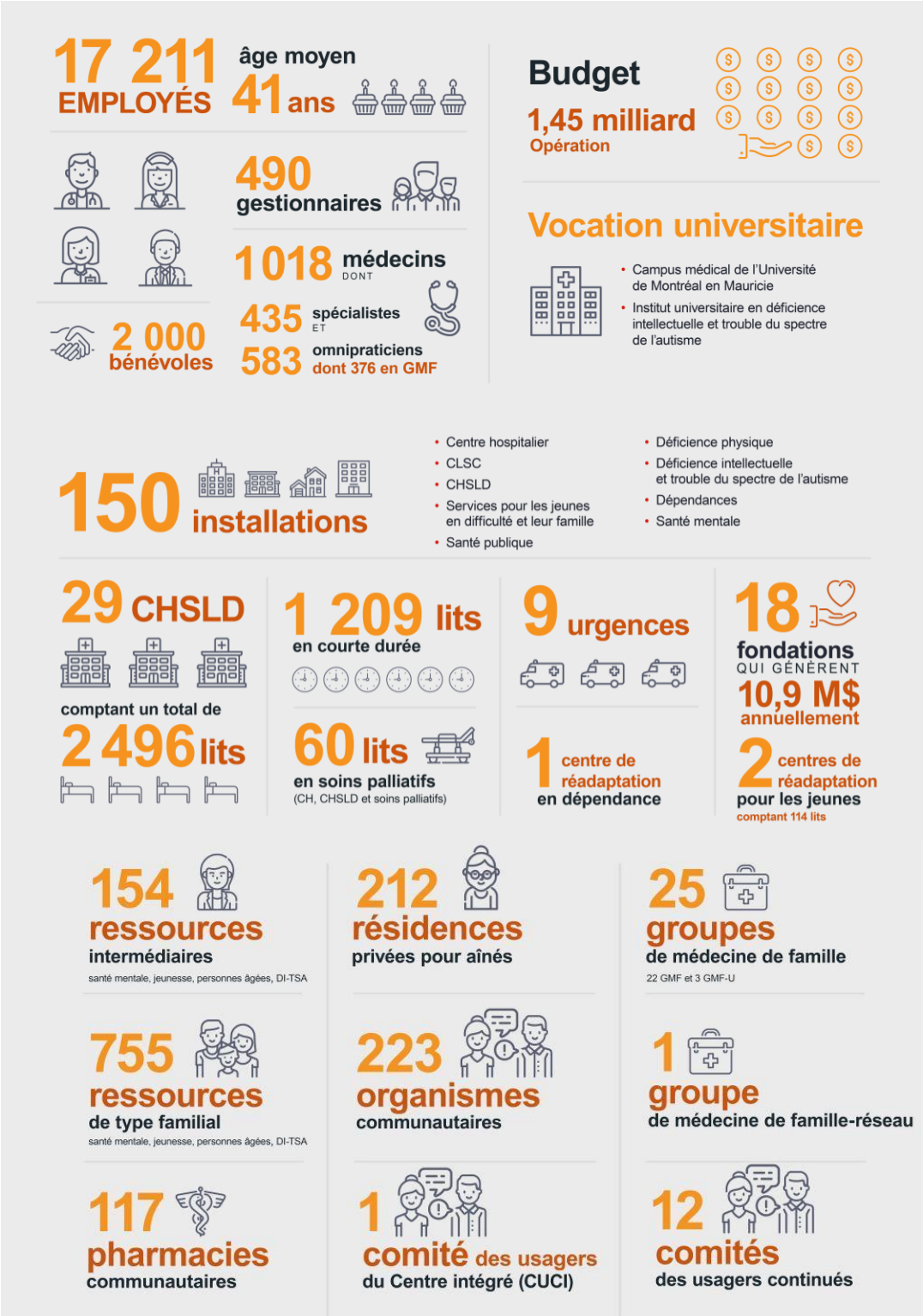
Respect	Engagement	Excellence, qualité et innovation
Solidarité	Équité	
Imputabilité	Transparence	

Le Vrai Nord

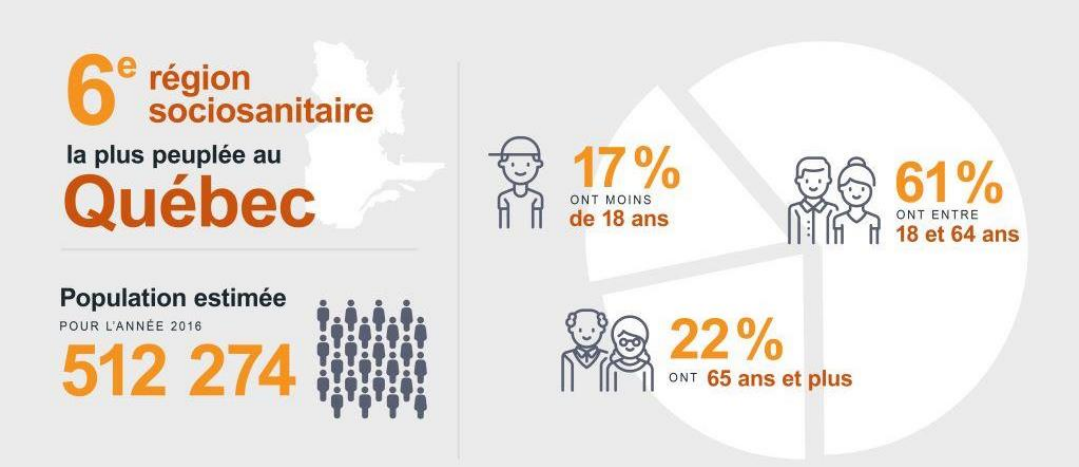
L'établissement s'est doté d'un modèle de performance qui constitue le « Vrai Nord ». Il s'agit des dimensions de la performance sur lesquelles il doit s'améliorer constamment et simultanément tout en maintenant un équilibre entre ces dimensions, et ce, au bénéfice de la meilleure expérience usager possible.



Le CIUSSS MCQ, en chiffres

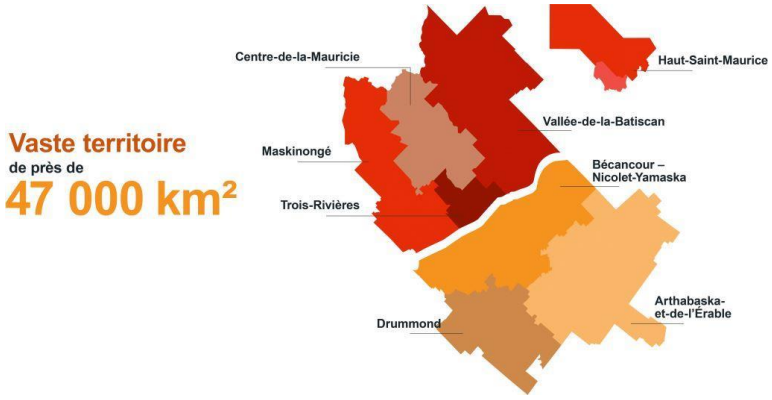


Le Réseau territorial de service



Le réseau territorial de service (RTS) de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte huit réseaux locaux de services (RLS) :

- RLS du Haut-Saint-Maurice
- RLS de la Vallée-de-la-Batiscan
- RLS de Maskinongé
- RLS du Centre-de-la-Mauricie
- RLS de Trois-Rivières
- RLS de Bécancour – Nicolet-Yamaska
- RLS de Drummond
- RLS d'Arthabaska-et-de-l'Érable



Les services offerts

- Santé publique et responsabilité populationnelle
- Jeunesse-famille
- Protection de la jeunesse
- Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
- Santé mentale adulte et dépendance
- Soutien à l'autonomie de la personne âgée
- Soins infirmiers
- Services ambulatoires et soins critiques
- Services spécialisés chirurgicaux oncologiques
- Services multidisciplinaires
- Services professionnels et de la pertinence clinique

Pour en apprendre davantage sur le portrait de la population, les données de santé du territoire, de même que sur tous les services du CIUSSS MCQ, nous vous invitons à consulter le Plan d'organisation 2018-2021 disponible sur le site Web au www.ciusssmcq.ca.

Désignation universitaire au CIUSSS MCQ

Le CIUSSS MCQ s'est vu attribuer une désignation universitaire par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) grâce à :

- la présence d'un institut universitaire dans le domaine social, soit l'Institut universitaire en déficience intellectuelle (DI) et en trouble du spectre de l'autisme (TSA);
- la présence d'un programme complet d'études prédoctorales en médecine, soit le Campus délocalisé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en Mauricie, situé dans les locaux du Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) de Trois-Rivières.

Contrats d'affiliation et partenariats académiques
Dans le cadre de ses activités académiques, l'établissement collabore avec plus de 60 partenaires, en plus d'être affilié à trois universités :

- L'Université de Montréal, affiliée au Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières;
- L'Université de Sherbrooke, affiliée à l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville et à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska de Victoriaville;
- L'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), affiliée à l'Institut universitaire en DI et en TSA;

C'est une grande fierté pour le CIUSSS MCQ de contribuer au développement d'une culture d'enseignement et de recherche favorisant l'acquisition et le déploiement de connaissances, de compétences et de pratiques novatrices.

Volet enseignement
Partenaire du développement des compétences académiques avec les maisons d'enseignement, le CIUSSS MCQ offre une structure d'accueil forte en encadrant l'intégration des étudiants et des stagiaires de tous les niveaux (professionnel, collégial et universitaire). En association avec les facultés de médecine du Québec, l'établissement offre plusieurs stages d'externat et de résidence en médecine générale et en médecine spécialisée, et ce, au sein de ses diverses installations.

En 2017-2018, le CIUSSS MCQ a connu une légère augmentation par rapport à l'an dernier dans certaines des sphères suivantes :

	2016-2017	2017-2018
Programmes d'études	63	89
Partenaires d'enseignement	66	66
Jours de stage professionnels, techniques et universitaires, dont plus de 50 % en soins infirmiers	86 885	87 622
Jours de stage en médecine	39 022	39 784
Jours de stage totaux pour l'établissement	125 907	127 406
Nombre de stagiaires au quotidien	484	490

En 2018, l'établissement a également inauguré le programme de résidence en pharmacothérapie avancée, offert en partenariat avec l'Université Laval, qui a accueilli ses deux premiers résidents en janvier.

Le 26 mars 2017, le ministre de la Santé et des Services sociaux et la ministre de l'Enseignement supérieur se sont engagés à rendre disponibles 2 000 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) au Québec d'ici 2024-2025, afin d'améliorer l'accessibilité des soins et des services sociaux à la population. Plus précisément, c'est 181 IPS qui seront en place au CIUSSS MCQ. Pour atteindre cette cible, l'établissement a mis en place un plan d'action visant notamment une concertation avec les universités dans le but d'accueillir davantage de stagiaires IPS en soins de première ligne, en plus de développer une offre de stage pour les IPS en santé mentale.

Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U)
Le GMF-U est un regroupement de médecins de famille qui travaillent en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour offrir des services de qualité à la population, tout en assumant une mission d'enseignement et de recherche reconnue par une université. À cet effet, il offre un accueil distinctif aux résidents en médecine de famille (formation postdoctorale de deux ans), aux étudiants et aux stagiaires de différentes disciplines qui reçoivent de la formation, et les soutient tout au long de leur parcours pour un apprentissage optimal.

En 2017-2018, le CIUSSS MCQ compte :

- 3 GMF-U (Drummondville, Shawinigan et Trois-Rivières)
- 45 médecins
- 58 résidents de médecine familiale
- Plus de 6 200 usagers pris en charge par les résidents

L'ajout de 14 nouveaux intervenants cliniques et de 3 agents d'amélioration continue de la qualité a permis d'élargir l'offre de service à la clientèle, permettant ainsi d'établir un continuum de soins et services à l'intérieur de la même équipe interdisciplinaire et de renforcer l'intégration des services de 1re ligne.

Avec l'intégration des professionnels et l'ajout des cohortes de stagiaires IPSPL, des travaux se sont amorcés en vue de l'agrandissement du GMF-U de Trois-Rivières. Ce réaménagement du secteur administratif permettra de dégager 8 nouvelles salles cliniques en mai 2018.

Volet recherche
La recherche fait partie intégrante des activités du CIUSSS MCQ. Elle permet l'avancement des connaissances, l'amélioration de la qualité des services, des traitements et des interventions et le développement d'innovations et de pratiques de pointe.

En 2017-2018, le CIUSSS MCQ dénombre :

- 241 projets de recherche actifs, soit 2,6 % d'augmentation par rapport à l'année précédente (235 projets), dont :
  - 62 % en médical et clinique,
  - 38 % en psychosocial
- 68 projets démarrés au cours de l'année
- 24 projets complétés durant l'année
- 63 % des projets réalisés dans les secteurs jeunesse-famille, oncologie, cardiologie, DI-TSA et santé mentale.

Sur le thème *Mission possible : La recherche collaborative vers une évolution pertinente de la pratique*, le CIUSSS MCQ et l'UQTR ont tenu la 2e édition du Colloque de collaboration en recherche clinique le 30 novembre dernier. Un franc succès avec près de 100 participants de la communauté scientifique et médicale.

Institut universitaire (IU) en déficience intellectuelle (DI) et en trouble du spectre de l'autisme (TSA)
Une grande variété de recherches est menée à l'Institut. Les activités de diffusion et de transfert des connaissances qui en découlent sont une partie importante de la mission universitaire; ce partage se répercute par des impacts pour les usagers, les professionnels, les gestionnaires, les partenaires intersectoriels et la société dans son ensemble.

En 2017-2018, le CIUSSS MCQ a consolidé la gouvernance de l'Institut universitaire en DI et en TSA en partenariat avec le CISSS de l'Outaouais et le CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Au cours de l'année, les travaux se sont également poursuivis dans le cadre du plan d'action national TSA pour les aspects scientifiques et le transfert de connaissances.

- **Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI)**
  L'UETMI, qui est rattachée à l'Institut universitaire en DI et en TSA, a pour mandat principal de guider la prise de décision concernant une situation précise ou une question décisionnelle difficile reliée aux services offerts aux personnes ayant une DI ou un TSA. Au cours de l'année 2017-2018, deux évaluations ont été réalisées, dont l'une portant sur les interventions ayant démontré un effet auprès des enfants et adolescents de moins de 22 ans présentant un polyhandicap, et l'autre évaluant les activités contributives valorisantes et stimulantes pour des adultes de plus de 21 ans présentant un polyhandicap.

L'année 2017-2018 en quelques données pour l'Institut :

- 35 membres réguliers à l'infrastructure de recherche provenant de différentes régions;
- 72 publications;
- 134 communications;
- 19 éditions du bulletin bimensuel *Le Recherché* présentant 68 articles;
- 43 activités de transfert de connaissances, dont 3 rendez-vous de l'IU (le 18e rendez-vous fut le plus important de son histoire, en rejoignant 450 participants répartis sur 21 sites de diffusion dont la Belgique);
- 1 832 participants aux activités;
- 84 % de taux de satisfaction des participants;
- Une douzaine de productions, plusieurs affiches et autres produits.

Réseau national d'expertise en troubles du spectre de l'autisme (RNETSA)
Le RNETSA est un regroupement de personnes ayant développé une expertise et un savoir-faire, qui s'intéresse à l'avancement et au partage des connaissances dans le domaine du TSA.

L'année 2017-2018 a permis :

- L'élaboration d'un processus rigoureux menant à un état de situation quant à l'actualisation de la mission du RNETSA;
- La participation de 506 personnes à la journée annuelle ayant comme thématique *De l'adolescence à la vie adulte… Comment bien déployer ses ailes*;
- L'adhésion de 1 222 membres provenant des 16 régions du Québec et de l'Europe;
- La publication de 18 infolettres.

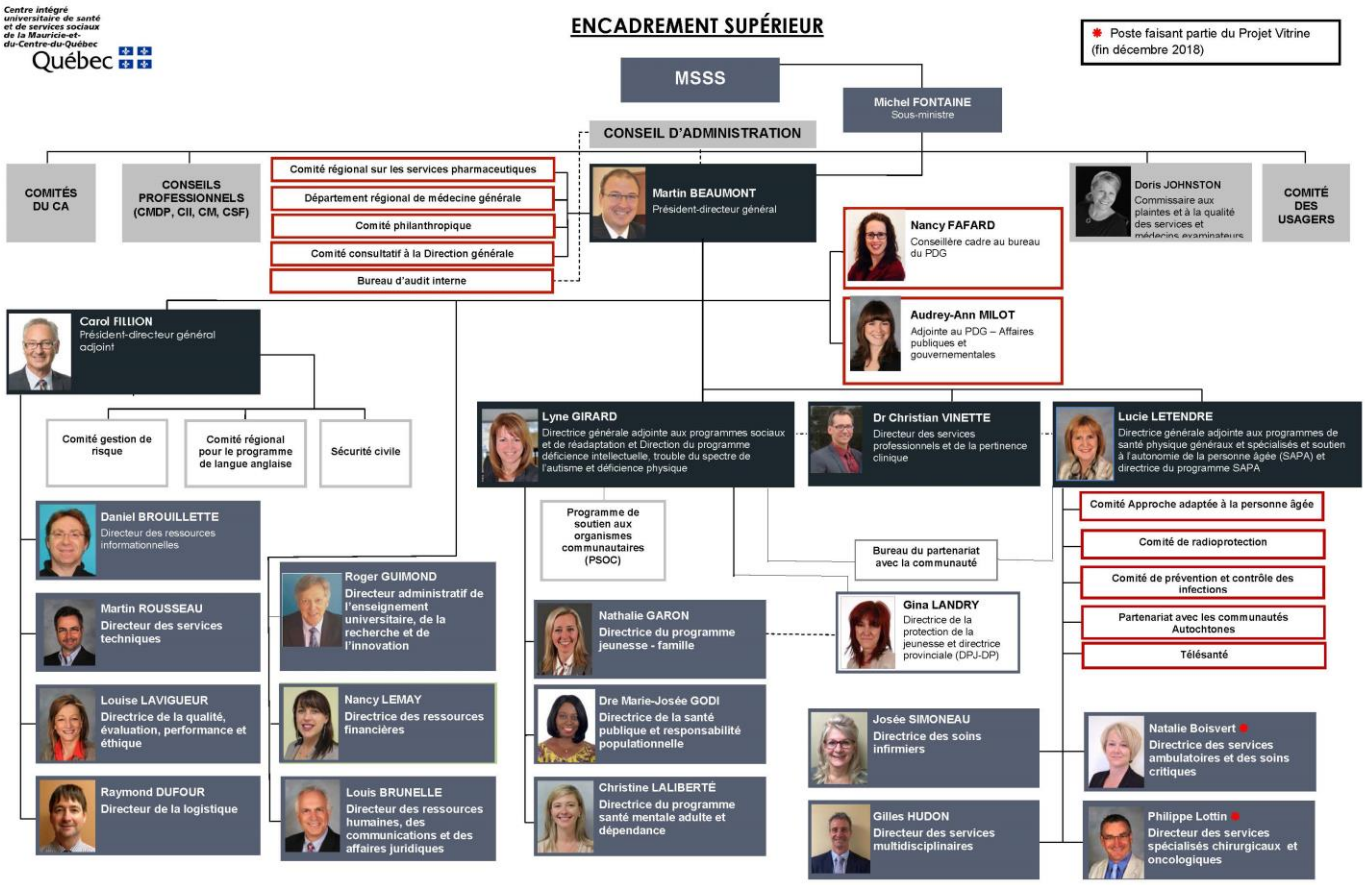
Services-conseils

L'équipe régionale en troubles du comportement et troubles graves du comportement (TC-TGC) ainsi que le Centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement (CEF-TC) du CIUSSS MCQ ont répondu aux demandes croissantes de soutien et de service-conseil des équipes cliniques de l'organisation. De son côté, le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) a pour objectif d'aider les établissements du réseau à réduire les TGC présents chez certains usagers afin de diminuer les impacts de ces comportements sur les usagers et leurs proches, sur les équipes soignantes et sur l'ensemble du réseau.

Voici les nouveautés de 2017-2018 :

- Conception et programmation d'une application Web « Outil de collecte des composantes essentielles et de performance : OCCEP », accessible à l'ensemble des CISSS et CIUSSS;
- Première année de fonctionnement du séminaire « Développement des compétences d'intervention face aux problématiques sexuelles » où se sont réunis 40 participants provenant de 18 CISSS et CIUSSS;
- Rédaction d'un cadre de référence sur les enjeux résidentiels pour les personnes présentant une DI ou un TSA et manifestant des TGC;
- Formation e-learning « Le suivi des interventions en TGC ».

L'organigramme du CIUSSS MCQ au 31 mars 2018



3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

3.2.1 Conseil d'administration

Le conseil d'administration administre les affaires de l'établissement et en exerce tous les pouvoirs. Il organise les services de l'établissement dans le respect des orientations nationales. Il doit également répartir équitablement, et dans le respect des enveloppées allouées, les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition en tenant compte des particularités de la population qu'il dessert et s'assurer de leur utilisation économique et efficiente.

Faits saillants

En 2017-2018, le conseil d'administration a tenu neuf (9) séances régulières, en plus d'une (1) séance spéciale, avec un taux de participation de 80 %. Il a adopté 131 résolutions découlant de l'une ou l'autre de ses fonctions. La contribution collective des administrateurs est fondamentale et positionne le conseil d'administration comme un CA créateur de valeur. Voici les principaux sujets qui ont été discutés ou qui ont fait l'objet de résolutions adoptées par le conseil :

Pertinence, qualité, sécurité et efficience des soins et services

- Suivi de l'accessibilité aux soins et aux services, et de l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS);
- Adoption de différents règlements, de cadres de référence ou de politiques en regard des soins et services aux usagers;
- Suivi d'indicateurs de performance de l'établissement;
- Recommandations du comité de gestion des risques.

Administration des affaires de l'établissement

- Amendement au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration et modification du Règlement de régie interne du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CIUSSS MCQ;
- Nomination de cadres supérieurs de l'établissement;
- Désignations de soutien financier autorisé : affaires bancaires, RAMQ, convention de soutien financier aux organismes communautaires, autorisation des projets de recherche, etc.;
- Modifications aux permis du CIUSSS MCQ.

Organisation des services de l'établissement

- Modification du Plan de gouvernance médicale du CIUSSS MCQ;
- Modifications au plan d'organisation du CIUSSS MCQ.

Répartition équitable et utilisation économique et efficiente des ressources

- Adoption de la planification annuelle des investissements en immobilisation et en équipement.

Entente de gestion et d'imputabilité

- Autorisation de signature de l'entente de gestion et d'imputabilité MSSS – CIUSSS MCQ 2017-2018 et de son addenda.

Recherche et mission universitaire

- Adoption des modifications de la structure et de la composition des comités d'éthique de la recherche, modification de leur règlement et nomination de membres au sein de ces comités dans la nouvelle structure en éthique de la recherche;
- Présentation sur les activités d'enseignement et de recherche au CIUSSS MCQ.

Reconnaissance et bons coups du CIUSSS MCQ

- Motion de remerciements – Engagement des bénévoles au sein de l'établissement;
- Motions de félicitations – Prix *Florence de la Relève 2017*, Prix *Implication Relève*, résultat de la visite d'agrément d'octobre 2017;
- Présentation du projet *Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles* et adoption de la Politique concernant la présence du proche aidant sur toutes les unités de soins de courte durée et les urgences.

Rapport de suivi sur l'application du Code d'éthique et de déontologie des membres du CA du CIUSSS MCQ

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du CA du CIUSSS MCQ prévoit que le rapport annuel de gestion doit faire état, pour l'année écoulée, des données relatives au suivi de l'application du Code :

- Le nombre de cas traités et leur suivi;
- Les manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*;
- Les décisions prises et les sanctions imposées par le conseil d'administration;
- Le nom des membres suspendus ou dont le mandat a été révoqué.

En 2017-2018, aucune situation de manquement au code n'a été signalée ou traitée, aucune décision ou sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du CA du CIUSSS MCQ se trouve en annexe du rapport annuel de gestion qui est disponible sur le site Internet de l'établissement à l'adresse suivante : www.ciusssmcq.ca, sous l'onglet *Documentation/Rapports annuels et financiers.*

Composition du conseil d'administration et assiduité
(du 1er avril 2017 au 31 mars 2018)

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Richard Desrochers, président du CA	Membre indépendant *Expertise en protection de la jeunesse*	100 %
M. Marc Descôteaux, vice-président du CA	Membre indépendant *Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité*	70 %
M. Martin Beaumont, secrétaire du CA	Président-directeur général	90 %
Mme Julie Beaulieu	Membre indépendant *Expertise en santé mentale*	60 %
M. Marcel Dubois	Membre indépendant *Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité*	100 %
M. Michel Larrivée	Membre indépendant *Compétence en gouvernance ou éthique*	100 %
Mme Elana MacDougall	Membre indépendant *Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines*	80 %

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Michel Dostie	Membre indépendant *Expertise en réadaptation (1)*	80 %
Mme Chantal Plourde	Membre indépendant *Expertise en réadaptation (2)*	90 %
M. Jacques Fraser *(démission le 3 octobre 2017)*	Membre indépendant *Expertise dans les organismes communautaires* *Poste vacant*	50 %
Mme Ginette Aubin-Caron *(démission le 12 décembre 2017)*	Membre indépendant *Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux* *Poste vacant*	75 %
Dre Marie-Josée Dupuis *(démission le 7 novembre 2017)*	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ (1) *Poste vacant*	29 %
Mme Jessica Lesage *(nomination le 7 novembre 2017)*	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ (2)	100 %
Mme Marie-Josée Martel *(démission le 20 juin 2017)*	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ (2)	50 %
Dr Pierre Martin *(démission le 3 août 2017)*	Membre désigné *Département régional de médecine générale*	40 %
Dr Jocelyn Hébert *(nomination le 7 novembre 2017)*	Membre désigné *Département régional de médecine générale*	75 %
Dr Christian Carrier	Membre désigné *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens*	100 %
M. Érik Samson	Membre désigné *Comité régional sur les services pharmaceutiques*	100 %
M. André Poirier	Membre désigné *Comité des usagers*	90 %
Mme Johanne Vincent *(démission le 3 août 2017)*	Membre désigné *Conseil des infirmières et infirmiers*	0 %
Mme Dannielle Philibert *(nomination le 7 novembre 2017 et fin de mandat le 25 mars 2018)*	Membre désigné *Conseil des infirmières et infirmiers*	100 %
Mme Karine St-Ours *(nomination le 26 mars 2018)*	Membre désigné *Conseil des infirmières et infirmiers*	S.O.
M. Olivier Tardif *(démission le 7 novembre 2017)*	Membre désigné *Conseil multidisciplinaire*	86 %
M. Carl Montpetit *(nomination le 7 novembre 2017)*	Membre désigné *Conseil multidisciplinaire*	100 %
M. Richard Beauchamp *(nomination le 7 novembre 2017)*	Membre observateur Fondations	100 %

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. Il doit notamment recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes et faire des recommandations sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers. Enfin, il doit favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par les rapports ou recommandations et veiller à ce que la commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

Faits saillants
En 2017-2018, le comité de vigilance et de la qualité a tenu cinq (5) séances régulières, avec un taux de participation de 78 %.

Pertinence, qualité, sécurité, efficacité des services rendus

- Le comité assure un suivi des différents rapports et recommandations reçus, notamment par le biais d'un tableau intégré du suivi des plans d'amélioration;
- Un bilan des activités du comité de gestion des risques est présenté à chaque rencontre, incluant les suivis accordés aux événements sentinelles;
- Le comité a été informé des résultats obtenus suite à la première visite d'agrément et des suivis accordés aux conditions requises pour maintenir l'agrément des services;
- Le comité a pris connaissance du bilan sur la surveillance de l'utilisation des mesures de contrôle 2016-2017 et des actions réalisées pour encadrer leur utilisation.

Respect des droits des usagers

- Le comité a analysé les rapports du Protecteur du citoyen et a veillé à ce qu'un suivi soit accordé à ses recommandations;
- Les recommandations issues des enquêtes réalisées par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse sont aussi suivies;
- Le comité a reçu les recommandations et enjeux prioritaires du comité des usagers du centre intégré (CUCI) et suivi les actions prises par l'établissement en réponse à ces recommandations.

Traitement des plaintes des usagers

- Le comité a reçu le bilan de l'ensemble des plaintes traitées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et par les médecins examinateurs;
- Suite à l'analyse des plaintes, le comité a fait des recommandations afin de réduire les insatisfactions et améliorer la qualité des soins et services (présentées ci-dessous);
- Le comité a été informé des enjeux liés au recrutement des médecins examinateurs et des mesures prises pour améliorer la prise en charge des plaintes de nature médicale.

Recommandations

Pertinence, qualité, sécurité, efficacité des services rendus :

- Appuyer l'adoption de la Politique sur la prestation sécuritaire des soins et des services;
- Réviser le tableau de bord trimestriel sur les incidents et accidents déclarés au CA;
- Recevoir annuellement un suivi du plan de sécurité qui comprend 16 grandes pratiques sécuritaires, dont 8 considérées prioritaires;
- Appuyer l'adoption de la procédure d'attribution d'un deuxième soin d'hygiène en hébergement;
- Appuyer les recommandations du comité de gestion des risques et les transmettre au CA.

Respect des droits des usagers

- Appuyer l'adoption d'un plan d'action en réponse aux recommandations et enjeux prioritaires formulés par le CUCI pour 2017-2018 et recevoir un bilan de son avancement deux fois par année.

Traitement des plaintes des usagers

- Appuyer l'adoption du *Rapport annuel 2016-2017 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits*;
- Renforcer les mesures de surveillance de la qualité des soins et des services pour les ressources non institutionnelles, en lien notamment avec le manque de préposés aux bénéficiaires;
- Réviser et rehausser les exigences relatives au poste d'agent d'intervention dans les services de santé mentale.
- Que les plaintes d'agressions sexuelles, reçues par la commissaire aux plaintes, soient traitées comme des événements sentinelles et analysées par le service de la gestion des risques;
- Mettre en place un mécanisme de communication et de suivi pour informer le comité et la commissaire aux plaintes des poursuites judiciaires de nature clinique;
- Que le comité soit informé de façon spécifique des signalements en maltraitance et des recommandations émises à ce sujet.

Composition du comité de vigilance et de la qualité et assiduité
(du 1er avril 2017 au 31 mars 2018)

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Marc Descôteaux, président	Membre indépendant *Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité*	100 %
M. André Poirier, vice-président	Membre désigné *Comité des usagers*	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	20 %
Mme Jessica Lesage *(nomination au comité le 12 décembre 2017)*	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ (2)	50 %
Mme Marie-Josée Martel *(démission du CA le 20 juin 2017)*	Représentante d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ (2)	100 %
Mme Doris Johnston	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	100 %
Dr Serge Barabé et Dre Karine Goulet, médecins-examinateurs, participent aux rencontres de façon ponctuelle. La Direction de la qualité, de l'évaluation de la performance et de l'éthique (DQEPE) soutient ce comité et en assure le volet administratif. Ainsi, Mme Louise Lavigueur et M. Martin D'Amour, directrice et directeur adjoint à la DQEPE, assistent également aux rencontres.		

Comité de gouvernance et d'éthique

De façon générale, les responsabilités du comité consistent à s'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique soient mises en œuvre dans le CIUSSS MCQ et par le conseil d'administration.

Faits saillants

En 2017-2018, le comité a tenu cinq (5) rencontres avec un taux de participation de 84 %. Il a élaboré, mis à jour et recommandé différents documents au conseil d'administration et a participé à des activités telles que :

- Organisation d'une session intensive en septembre 2017 : fil conducteur sur les engagements stratégiques de l'établissement, mise à jour du tableau de bord du conseil d'administration, trajectoire des services jeunesse, état de situation concernant les ressources humaines dans l'établissement ainsi qu'exercice préparatoire à la rencontre avec les visiteurs d'Agrément Canada;
- Suivi du plan d'amélioration continue du système de gouvernance et des normes d'excellence sur la gouvernance d'Agrément Canada;
- Préparation de fiches résumées et explicatives des normes d'agrément en vue de la préparation à la visite d'Agrément Canada;
- Validation de la mise à jour annuelle des déclarations d'intérêts des administrateurs;
- Élaboration et suivi du plan de formation 2017-2018 des membres du conseil d'administration;
- Visite d'un autre conseil d'administration afin d'observer et d'échanger sur les pratiques de bonne gouvernance;
- Élaboration d'un plan d'action pour l'amélioration du fonctionnement du conseil d'administration;
- Suivis et recommandations concernant les démissions et les remplacements de membres au sein du conseil d'administration.

Composition du comité de gouvernance et d'éthique et assiduité
(du 1er avril 2017 au 31 mars 2018)

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Richard Desrochers, président du CA	Membre indépendant *Expertise en protection de la jeunesse*	100 %
M. Michel Larrivée, président du comité	Membre indépendant *Compétence en gouvernance ou éthique*	100 %
Mme Julie Beaulieu, vice-présidente du comité	Membre indépendant *Expertise en santé mentale*	60 %
M. Michel Dostie, secrétaire du comité	Membre indépendant *Expertise en réadaptation (11)*	80 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %
M. Érik Samson *(nomination au comité le 12 décembre 2017)*	Membre désigné *Comité régional sur les services pharmaceutiques*	100 %
M. Jacques Fraser *(démission du CA le 3 octobre 2017)*	Membre indépendant *Expertise dans les organismes communautaires*	50 %
Mme Ginette Aubin-Caron *(démission du CA le 12 décembre 2017)*	Membre indépendant *Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux*	75 %
La Présidence-direction générale (PDG) soutient ce comité et en assure le volet administratif. Ainsi, Mme Annie Lavigne, spécialiste en procédés administratifs à la PDG, assiste également aux rencontres.		

Comité de vérification

Le comité de vérification doit s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi, de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement, de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance, d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration, de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers, de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquatement efficaces, ainsi que de formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de vérification externe et interne.

Il doit également recommander et faire le suivi au conseil d'administration des dossiers stratégiques et de développement des ressources financières, immobilières, informationnelles, et des équipements. Plus particulièrement, le comité recommande, assure le suivi et fait rapport périodiquement au conseil d'administration des plans de maintien d'actifs suivants : plan de maintien des actifs immobiliers, plan de rénovation fonctionnelle en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD), plan de rénovation fonctionnelle hors CHSLD, plan des équipements médicaux, plan des équipements non médicaux, plan de maintien des actifs informationnels.

Faits saillants

Le comité de vérification a tenu sept (7) rencontres en 2017-2018 avec un taux de participation de 87 %. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été traitées :

Utilisation optimale des ressources

- Prévisions budgétaires 2017-2018;
- Régime d'emprunt à long terme – 1er juillet 2017 au 31 décembre 2018;
- Politique relative à l'encadrement du processus budgétaire 2018-2019;
- Demande d'autorisation d'emprunts temporaires (maximum 35 M$);
- Remboursement par anticipation d'emprunt – Centre de santé et de services sociaux du Haut Saint-Maurice (CSSS HSM);
- Liste des contrats supérieurs à 100 000 $;
- Reddition de comptes :
    - Autorisations accordées par le dirigeant;
    - Engagements financiers supérieurs à 4 M$;
    - Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs (LGCE) – Contrats de service conclus de plus de 25 000 $ et Contrats de service conclus (1er avril au 30 septembre 2017);
- Politique de gestion contractuelle et d'approvisionnement et Lignes internes de conduites concernant la gestion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction des organismes publics;
- Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) 2016-2017 et 2017-2018;
- Bureau de l'auditeur interne : rapport d'audit interne :
    - Conformité de l'exactitude des explications publiées dans le registre d'accessibilité aux services à la population de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec;
    - Conformité de la politique de remboursement des frais de déplacement des gestionnaires et des membres du conseil;
    - Conformité des dépenses pour un résident sous curatelle publique;
    - Bilan des comptes en fiducie pour la clientèle sous curatelle publique;
- Planification annuelle des investissements en immobilisation et équipement;
- Autorisation de dépenses des hors cadres.

Gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement

- Gestion intégrée des risques – Registre d'identification des risques organisationnels;
- Bilan annuel 2016-2017 concernant la sécurité informationnelle;

Travaux réalisés avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration

- Rapport financier annuel au 31 mars 2017 et Rapport financier annuel consolidé – Fonds de Santé au travail au 7 janvier 2017;
- Lettres d'attestation relatives aux événements postérieurs au 31 mars 2017;
- Mandat d'audit externe 2017-2018;
- Suivi des réserves émises par l'auditeur indépendant pour l'exercice financier se terminant au 31 mars 2016 et au 31 mars 2017.

Autres travaux réalisés à la demande du conseil d'administration

- Nomination de l'auditeur externe – Exercice financier 2017-2018.

Indicateurs de suivi utilisés pour l'accomplissement du mandat

- Suivis périodiques 2017-2018 aux périodes 4, 6, 7, 8, 9 et 10.

Recommandations

Les membres du comité de vérification ont fait les recommandations suivantes au CA :

Utilisation optimale des ressources

- Prévisions budgétaires (adopté);
- Politique de gestion contractuelle et d'approvisionnement (adopté);
- Politique relative à l'encadrement du processus budgétaire (adopté);
- Régime d'emprunt à long terme – 1er juillet 2017 au 31 décembre 2018 (adopté);
- Demande d'autorisation d'emprunts temporaires (maximum 35 M$) (adopté);
- Remboursement par anticipation d'emprunt – Centre de santé et de services sociaux du Haut Saint-Maurice (CSSS HSM) (adopté);
- Rapport trimestriel AS-617, 2017-2018, période 9 (adopté);
- Planification annuelle des investissements en immobilisation et équipement (adopté);
- Lignes internes de conduite concernant la gestion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction des organismes publics (adopté);
- Projets divers :
  - Projet Maison Martin Matte;
  - Cession partielle de terrain à la municipalité de St-Ferdinand;
  - Maison des Trois Colombes;
- Acquisition :
  - 440 rue des Forges, Trois-Rivières;
  - Parcelle de terrain appartenant à la municipalité de La Tuque;
  - Actifs de la corporation partenaire d'Arthabaska-et-de-l'Érable;
- Contrat de location :
  - Bail stationnement intersection ouest rues Saint-Honoré et Bellefeuille, Trois-Rivières;
  - Bail du Groupement d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec (GACEQ), 731 rue Sainte-Julie, Trois-Rivières.

- Bilan annuel 2016-2017 concernant la sécurité informationnelle (adopté);
- Travaux réalisés avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration : rapport financier annuel du 1er avril 2016 au 31 mars 2017 adopté avec un surplus de 889 086 $ et adoption du rapport financier annuel consolidé – Fonds de santé au travail au 7 janvier 2017;
- Autres travaux réalisés à la demande du conseil d'administration : Nomination auditeur externe – Exercice financier 2017-2018.

Composition du comité de vérification et assiduité
(du 1er avril 2017 au 31 mars 2018)

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Richard Desrochers, président du CA	Membre indépendant *Expertise en protection de la jeunesse*	100 %
M. Marcel Dubois, président du comité	Membre indépendant *Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité*	86 %
M. Marc Descôteaux, vice-président du comité	Membre indépendant *Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité*	86 %
M. Michel Dostie, secrétaire du comité	Membre indépendant *Expertise en réadaptation (1)*	100 %
Mme Chantal Plourde	Membre indépendant *Expertise en réadaptation (2)*	71 %
Dre Marie-Josée Dupuis *(démission du CA le 7 novembre 2017)*	Représentante d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ	67 %
La Direction des ressources financières (DRF) soutient ce comité et en assure le volet administratif. Ainsi, Mme Nancy Lemay, directrice de la DRF, assiste également aux rencontres.		

Comité sur les ressources humaines (CRH)

Le comité a le mandat d'assurer une vigie sur les activités suivantes :

- Plans d'action reliés à la planification de la main-d'œuvre, au recrutement, ainsi qu'à l'accueil et à l'intégration du nouveau personnel;
- Participation, maintien des compétences et développement des ressources humaines;
- Mobilisation, motivation et valorisation des ressources humaines de l'établissement;
- Grands projets de changement et de réorganisation du travail ayant un impact sur la main-d'œuvre;
- Présence au travail, santé et sécurité au travail et gestion de l'absentéisme;
- Mécanismes d'évaluation de la performance des cadres supérieurs et des hors-cadres.

Faits saillants

Le comité a tenu quatre (4) rencontres avec un taux de participation de 100 %. Ce comité n'est pas une instance obligatoire, mais joue un rôle de vigie quant aux ressources humaines. Les membres du comité ont eu accès aux divers documents suivants :

PMO - recrutement – intégration du personnel

- Le plan d'action sur la disponibilité et les conditions d'exercice des préposés aux bénéficiaires (PAB) a été présenté aux membres;
- Plusieurs mesures ont été instaurées, dont 355 nouvelles embauches et 62 nouveaux postes;
- Des mesures visant la rétention des préposés aux bénéficiaires, dont la révision du processus d'accueil, ont aussi été présentées;
- Un suivi sur les plans d'investissement et de la dotation des postes a été déposé aux membres.

Maintien des compétences et développement des RH

- Un indicateur sur les dépenses de formation visant les quatre catégories d'emploi est intégré au tableau de bord RH;
- Une journée de développement des leaders organisée par le CIUSSS MCQ a eu lieu en novembre 2017. Des formations étaient offertes aux gestionnaires grâce à plusieurs ateliers touchant différents thèmes liés au modèle de leadership LEADS;
- Un programme national de coaching est offert aux gestionnaires pour les soutenir dans les enjeux reliés à la transformation;
- Des journées de formation concernant la détresse psychologique et les retours au travail ont été élaborées par des membres de l'équipe prévention et offertes aux gestionnaires.

Mobilisation-motivation et valorisation du personnel

- Les résultats de l'étude portant sur l'état de nos gestionnaires ont été portés à la connaissance des membres du CRH;
- Un plan d'action découlant de cette étude visant notamment la conciliation travail-vie personnelle a aussi été présenté;
- Un plan de communication visant les actions mises en place pour valoriser le personnel a été présenté.

Projets de réorganisation du travail

- Les membres du CRH ont pris connaissance de l'évolution des négociations locales qui portent sur 26 matières;
- Quatre comités composés de membres de la DRHCAJ et de gestionnaires ont été mis en place;
- L'objectif pour la conclusion des négociations est fixé à l'automne 2018.

Présence au travail, santé et sécurité au travail et gestion de l'absentéisme

- La démarche Entreprise en santé favorise la cohérence et l'intégration des différentes pratiques en lien avec la santé globale du personnel. Le président-directeur général adjoint (PDGA) ainsi que le directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) sont porteurs de cette démarche et ont régulièrement présenté au CRH l'évolution de ce dossier;
- Des sous-comités regroupant cadres et salariés ont été instaurés dans chacune des zones du CIUSSS MCQ;
- Le plan d'action en matière de prévention comportant l'ajout de six postes a été présenté.

Mécanismes d'évaluation des cadres supérieurs et hors cadres

- Les conditions relatives à la progression salariale accordée aux cadres sont présentées aux membres. Pour bénéficier de cette progression salariale, les cadres doivent compléter leur autoévaluation LEADS.

Composition du comité sur les ressources humaines et assiduité
(du 1er avril 2017 au 31 mars 2018)

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
Mme Elana MacDougall, présidente du comité	Membre indépendant *Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines*	100 %
M. Michel Larrivée, vice-président du comité	Membre indépendant *Compétence en gouvernance ou éthique*	100 %
Mme Chantal Plourde *(nomination au comité le 12 décembre 2017)*	Membre indépendant *Expertise en réadaptation (2)*	100 %
M. André Poirier (*nomination au comité le 12 décembre 2017)*	Membre désigné *Comité des usagers*	100 %
La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) soutient ce comité et en assure le volet administratif. M. Louis Brunelle, directeur de la DRHCAJ, assiste également aux rencontres. M. Martin Beaumont, PDG, y assiste occasionnellement.		

Comité sur la responsabilité populationnelle (RP)

De façon générale, le mandat du comité sur la responsabilité populationnelle est de s'assurer que l'établissement offre un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population selon des trajectoires de soins intégrés dans une perspective d'amélioration de l'état de santé et de réduction des inégalités sociales de santé.

Faits saillants
Le comité sur la responsabilité populationnelle a tenu quatre (4) rencontres avec un taux de participation de 77 %.

Ce comité n'est pas une instance obligatoire, mais joue un rôle de vigie quant à la responsabilité populationnelle, au développement des communautés et au projet clinique. Pour une deuxième année, les membres du comité sur la responsabilité populationnelle ont contribué à la réflexion et à la mise en place d'actions pour l'amélioration de l'état de santé de la population et la réduction des inégalités sociales en santé. Ils ont poursuivi l'appropriation de certains concepts en lien avec la responsabilité populationnelle et le développement des communautés et ont accueilli des invités pour échanger sur l'implication et les réalités vécues par les usagers, leurs familles et leur environnement. Différentes instances ont également été rencontrées en cours d'année telles que le comité des usagers du centre intégré (CUCI), la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) et la Direction des services multidisciplinaires (DSM) du CIUSSS MCQ.

Dans le cadre de ses rencontres, le comité a examiné les dossiers suivants :

- **Présentation de la politique – Présence des proches aidants en tout temps**
  Présentation de la DQEPE concernant la politique sur la présence des proches aidants en tout temps et sa mise en application dans un contexte de soins de courte durée et des urgences. Un projet pilote intitulé *Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles* a été déployé dans deux unités de médecine à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et ce projet a été initié par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
- **Procédures – Déplacement des usagers**
  Présentation par la DSM des procédures mises en place pour le déplacement médical des usagers. Afin de respecter la politique du MSSS et d'assurer une gestion efficiente et efficace des ressources humaines et financières, les services pour le déplacement médical des usagers entre les établissements du réseau de la

santé et des services sociaux et de l'accompagnement ont été centralisés. La mise en place de ces procédures assurera l'équité de l'offre de service de transport à l'ensemble des usagers et une harmonisation des pratiques.

- **Cadre de référence du *Modèle de participation de l'usager***
  Les membres ont pris connaissance du cadre de référence portant sur le *Modèle de participation de l'usager* dont le déploiement est prévu pour les douze prochains mois à partir de mai 2018, et ce, pour l'ensemble des directions. Les différentes formes de collaboration permettront aux usagers d'exprimer leurs besoins, de participer activement à la planification des soins et des services et de contribuer à des projets à différents niveaux de l'organisation.

Le comité a suivi le développement du Bureau du partenariat :

- **Bureau de partenariat du CIUSSS MCQ**
  Les membres ont pris connaissance du rôle et des actions entreprises par le Bureau de partenariat du CIUSSS MCQ, de même que de son plan d'action. L'un des objectifs du Bureau de partenariat sera de rencontrer chacune des MRC pour entendre leurs besoins et par conséquent définir conjointement les priorités des projets cliniques.
- **Recensement des instances de concertation en Mauricie et au Centre-du-Québec**
  Présentation des travaux de recensement entrepris à l'égard des instances de concertation par RLS et par directions. Les membres ont été informés de la répartition des instances et de la représentativité du CIUSSS MCQ ainsi que des variations importantes entre les RLS, du découpage géographique (municipalité, MRC, région) et du niveau d'implication de l'établissement.

Il assure pour le conseil d'administration le suivi du dossier sur la légalisation du cannabis :

- **Accompagnement – Légalisation du cannabis**
  Considérant l'importance des enjeux populationnels associés à la légalisation du cannabis, une structure de concertation du CIUSSS MCQ a été créée pour assurer une vigie et identifier des actions à mettre en place d'ici son entrée en vigueur. Il s'agit du comité aviseur stratégique, piloté par la direction générale adjointe aux programmes sociaux et de réadaptation et la direction de la santé publique et responsabilité populationnelle. Ce comité a entre autres le mandat d'accompagner la population, les intervenants du CIUSSS MCQ, les organismes communautaires ainsi que les municipalités à cette nouvelle réalité. Les membres du comité sur la responsabilité populationnelle souhaitent assurer une vigie dans ce dossier en constante évolution. Ils sont régulièrement informés des différentes étapes, des enjeux, des consultations et de l'évolution du projet de loi provincial qui encadrera la légalisation du cannabis et qui doit être déposé sous peu.

Le comité a aussi pris connaissance d'initiatives visant à favoriser l'approche populationnelle dans l'établissement :

- **Formation sur la responsabilité populationnelle**
  Les membres du conseil d'administration seront formés sur la responsabilité populationnelle pour bien saisir ses leviers et les différents déterminants de la santé. La DSPRP a présenté les grandes lignes de la formation aux membres du comité afin de recevoir les commentaires et bonifier son contenu. Les membres du comité RP souhaitent s'assurer que la responsabilité populationnelle soit intégrée pour l'ensemble des acteurs du CIUSSS MCQ, et ce, afin de protéger et promouvoir les intérêts de la population.
- **Code génétique de la responsabilité populationnelle**
  L'outil *Code génétique de la responsabilité populationnelle,* qui illustre cinq pistes de réflexion en soutien à l'exercice populationnel, a été présenté aux membres. Il a été créé pour une meilleure intégration des enjeux de prévention de santé et de bien-être et pour développer de meilleurs réflexes. Il permet à l'ensemble des gestionnaires, des médecins, des employés, des usagers, des citoyens, des partenaires et des communautés d'être mieux structurés dans l'identification des besoins et dans l'offre de soins et services à proposer.

  Le comité a poursuivi ses travaux sur le développement d'outils de suivi de l'évolution de différents dossiers et initiatives de l'établissement en lien avec la responsabilité populationnelle :

- **Tableau de bord des indicateurs sur la responsabilité populationnelle**
  Les membres ont pris connaissance des indicateurs proposés par la DSPRP et ont participé à l'élaboration d'un outil de suivi créé à partir des cinq dimensions de la performance du Vrai Nord pour évaluer comment la responsabilité populationnelle s'exerce et évolue au CIUSSS MCQ. Des indicateurs de suivi à portée macro ont été définis et réajustés afin que les données soient disponibles facilement. Le comité pourra suivre l'évolution des indicateurs ainsi que certains plans d'action ayant une portée populationnelle dès 2018-2019 (Plan annuel du CIUSSS MCQ, Plan d'action régional en santé publique, plan d'accès aux personnes handicapées, dépendance, etc.).

Composition du comité sur la responsabilité populationnelle et assiduité (du 1er avril 2017 au 31 mars 2018)

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Michel Dostie, président	Membre indépendant *Expertise en réadaptation (1)*	100 %
Mme Chantal Plourde, vice-présidente	Membre indépendante *Expertise en réadaptation (2)*	50 %
M. Carl Montpetit *(nomination au comité le 12 décembre 2017)*	Membre désigné *Conseil multidisciplinaire*	100 %
Dr Jocelyn Hébert *(nomination au comité le 12 décembre 2017)*	Membre désigné *Département régional de médecine générale*	100 %
Mme Johanne Vincent *(démission du CA le 3 août 2017)*	Membre désigné *Conseil des infirmières et infirmiers*	0 %
M. Olivier Tardif *(démission du CA le 7 novembre 2017)*	Membre désigné *Conseil multidisciplinaire*	0 %
Mme Lyne Girard, secrétaire du comité	Directrice générale adjointe aux programmes sociaux et de réadaptation et directrice du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique	100 %
Mme Lucie Letendre	Directrice générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et directrice du programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée	50 %
Dre Marie-Josée Godi	Directrice de santé publique et responsabilité populationnelle	100 %
La Direction générale adjointe aux programmes sociaux et de réadaptation (DGAPSR) soutient ce comité et en assure le volet administratif. Mme Christine Laliberté, directrice du programme santé mentale adulte et dépendance et leader du bureau de partenariat avec la communauté, assiste également aux rencontres.		

Comité consultatif à la direction générale

Le mandat du comité consultatif à la direction générale (CCDG) consiste à analyser et à soumettre, au PDG, les recommandations jugées nécessaires en ce qui concerne les orientations et les priorités d'actions de l'établissement. Ses commentaires peuvent toucher les services, les activités des médecins et des dentistes, la répartition des lits, les permis, les besoins d'enseignement et les ressources humaines.
Ce comité est composé du directeur des services professionnels et de la pertinence clinique, des chefs de départements médicaux, des codirecteurs médicaux, du président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), du chef du département régional de médecine générale (DRMG), du PDG, du PDGA, de même que des cadres supérieurs cliniques.

Faits saillants
Le comité consultatif à la direction générale a tenu cinq (5) réunions avec un taux de participation de 85,18 %.

Accessibilité aux soins et services
- Suivi des cibles de la Loi 20 à l'aide de tableaux de bord (taux d'inscription, taux d'assiduité, GAMF, accès priorisé aux services spécialisés, délais de consultation spécialisés demandés aux services d'urgence, taux de prise en charge des patients hospitalisés par des médecins spécialistes et les chirurgies en attente depuis plus d'un an). Au besoin, des plans d'action ont été mis en place afin d'assurer l'atteinte des cibles.

Organisation des soins et des services
- Participation des membres du CCDG aux journées de rencontre des états généraux tenues en décembre 2017;
- Consultation des membres du CCDG sur le plan d'action élaboré par le comité exécutif du CMDP, suite aux journées de réflexion sur l'organisation des soins et services;
- Consultation des membres du CCDG dans plusieurs dossiers, notamment : fluidité des soins hospitaliers, consentement aux soins, légalisation du cannabis, etc.;
- Rencontres individuelles avec les chefs de département et les chefs de service du CIUSSS MCQ;
- Sondage portant sur les besoins en communication des médecins;
- Cogestion médicale;
- Planification des effectifs médicaux et recrutement médical;
- Activités du comité de pertinence clinique;
- Projet de Loi 130 : renouvellement des privilèges, délai du 24 heures à l'urgence, couverture régionale en spécialité pour le RLS du Haut-Saint-Maurice;
- Discussions portant sur le *Projet collaboratif panquébécois sur l'utilisation appropriée des antipsychotiques en CHSLD*.

Recommandation
- Adoption du plan d'organisation.

Composition du comité consultatif de la direction générale (au 31 mars 2018)	
Dr Christian Vinette, président *En prêt de service au MSSS depuis octobre 2017*	Directeur des services professionnels et de la pertinence clinique
Dr François Chabot	Chef du département d'anesthésiologie
Dr Christian Carrier	Chef du département – Département clinique de médecine de laboratoire
Dr Christian Arseneau jusqu'au 31 décembre 2017 *Poste vacant depuis le 1er janvier 2018*	Chef du département d'imagerie médicale
Dr Olivier Roy	Chef du département de médecine d'urgence

Composition du comité consultatif de la direction générale (au 31 mars 2018)	
Dr Étienne Bureau	Chef du département de chirurgie
Dr Carl Éric Gagné	Chef du département de médecine spécialisée
Dr Simon Toussaint	Chef du département de médecine générale
Dre Mélanie Noël	Chef du département de pédiatrie Codirectrice – Jeunesse famille
Dre Nicole Charest	Chef du département de gynécologie-obstétrique
M. Alain Bureau	Chef du département de pharmacie
Dre Marie-Claude Parent	Chef du département de psychiatrie
Dre Anne-Marie Grenier	Chef du département de santé publique Codirectrice – Lutte contre le cancer
Dr Lionel Jospitre	Coordonnateur médical – Haut-Saint-Maurice
Dre Marianne Lemay	Coordonnatrice médicale – RLS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et Fortierville
Dr Daniel Carrier	Adjoint au chef du département de médecine spécialisée
Dr François Parent	Codirecteur – SPU
Dre Caroline Dostie	Codirectrice – SAPA (volet hébergement)
Dr Sylvain Gamelin	Codirecteur – SAPA (volet services dans la communauté, UCDG et SAG)
Dr André Poirier	Codirecteur – Enseignement et recherche
Dr Jocelyn Gervais	Président du CECMDP
Dr Thierry Dambry	Directeur des services professionnels adjoint
Dr Benoît Gervais	Directeur des services professionnels adjoint
M. Martin Beaumont	Président-directeur général
M. Carol Fillion	Président-directeur général adjoint
Mme Josée Simoneau	Directrice des soins infirmiers
M. Gilles Hudon	Directeur des services multidisciplinaires et directeur administratif des services professionnels et de la pertinence clinique par intérim depuis octobre 2017
Mme Nathalie Garon	Directrice du programme jeunesse-famille
Mme Christine Laliberté	Directrice du programme santé mentale adulte et dépendance
Mme Nathalie Boisvert	Directrice des services ambulatoires et des soins critiques *
M. Philippe Lottin	Directeur des services spécialisés chirurgicaux oncologiques *

Composition du comité consultatif de la direction générale (au 31 mars 2018)	
Dr Pierre Martin	Chef du Département régional de médecine générale (DRMG)
M^{me} Lucie Letendre	DGA aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et soutien à l'autonomie de la personne âgée
M^{me} Lyne Girard	DGA aux programmes sociaux et de la réadaptation

** Postes faisant partie du projet Vitrine (fin en décembre 2018).*

Comité de gestion des risques (CGR)

Le comité de gestion des risques, composé d'un représentant de chacune des directions cliniques, a pour mandat d'assurer au conseil d'administration que l'établissement respecte les règlements, les politiques et les protocoles au regard de la gestion des risques et qu'il remplit ses obligations en ce qui a trait à la sécurité des usagers. Il est garant des principes, des procédures, des règles et du suivi de l'application des orientations approuvées par le conseil d'administration de l'établissement. Le comité de gestion des risques exerce donc un rôle de vigie pour la mise en place de la gestion des risques dans l'établissement. Il se fait le promoteur de la sécurité des soins et des services offerts et apporte un soutien au personnel et aux professionnels dans la recherche et le développement de moyens pour accroître la sécurité des usagers. Le comité de gestion des risques compte également sur plusieurs sous-comités pour le soutenir dans la réalisation de son mandat.

Faits saillants

Le comité de gestion des risques a tenu cinq (5) réunions avec un taux de participation de 72 %. Ce comité a travaillé sur les dimensions suivantes :

- **Promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des accidents-incidents**
  De façon récurrente, des activités de sensibilisation sont faites auprès de plusieurs responsables de secteurs sur leurs responsabilités en matière de sécurité et des formations sont offertes aux employés ainsi qu'aux candidats(es) à l'exercice de la profession d'infirmier(ère) (CEPI). L'ensemble des déclarations d'incidents rapportées par les employés fait l'objet d'une analyse par le chef de secteur qui s'assure que des mesures soient prises pour éviter la récurrence.
  - Les activités internes et les outils de promotion :
    - Formations : une formation spécifique accréditée de la Société de formation et d'éducation continue (SOFEDUC) et destinée aux gestionnaires sur les obligations relatives à la gestion des risques est dispensée aux ressources non institutionnelles;
    - Outil : élaboration d'un aide-mémoire facilitant la complétion des déclarations AH-223 par les services psychosociaux et les ressources non institutionnelles (RNI) du territoire;
    - Mise en place d'un concours mettant en vedette les projets d'amélioration réalisés par les employés dans le cadre de la semaine sur la sécurité des soins;
    - Déploiement d'un tableau de bord permettant aux gestionnaires de suivre leurs déclarations produites dans leurs secteurs, sur *Mon intranet CIUSSS* (MIC), de l'onglet gestion des risques dans lequel est déposé l'ensemble des outils de référence concernant la gestion des risques (tableau de bord, résultats de sondage, aide à la décision, aide-mémoire, support face aux événements sentinelles);
    - Mise en place de mesures de protection afin de prévenir les conséquences d'une cyberattaque mondiale des systèmes informatiques, du suivi du plan de sécurité composé de 18 indicateurs identifiés comme de grandes pratiques sécuritaires, d'un sondage sur la culture de sécurité dans lequel 32 directions adjointes ont été représentées et élaboration d'un plan d'action découlant des résultats;
    - Présentation des principaux constats et recommandations du rapport national sur la surveillance des incidents et accidents en retraitement des dispositifs médicaux.

- **Lors de la divulgation, mesures d'amélioration et de soutien apportées aux victimes, aux proches et aux équipes de travail**
  - Présentation aux membres du comité de gestion des risques d'un projet de recherche « Engagement des patients/usagers en gestion des risques » (Université de Montréal), portant sur l'implication des usagers à l'égard des risques;
  - Ajout d'une donnée dans le formulaire d'analyse des événements sentinelles effectué par le conseiller-cadre afin de témoigner que l'usager a participé à la recherche de mesures de soutien suivant un incident-accident dans lequel il a été impliqué.

- **Utiliser un système de surveillance local afin de mettre en évidence les principaux risques d'incidents-accidents :**
  - Le registre local des incidents-accidents et le tableau de bord :
    - Développement d'une plateforme informatique;
    - Mise en place d'un projet de décentralisation de la déclaration des incidents et accidents;
    - Production de tableaux de suivi;
    - Diffusion des tableaux, à chaque période, aux directions;
    - Suivi des indicateurs assurant la vigie des grands risques organisationnels, dont les événements cotés E1;
    - Mise en place d'un registre des événements sentinelles permettant de suivre l'ensemble des événements majeurs, ainsi que l'application des mesures correctives.

- **Effectuer des recommandations en lien avec les priorités en matière de gestion des risques et la surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales**
  - Suivi des événements sentinelles et des priorités en matière de gestion des risques;
  - Bilan de la prévention et contrôle des infections nosocomiales;
  - Bilan sous-comité du CGR circuit du médicament;
  - Bilan sous-comité du CGR radioprotection;
  - Bilan sous-comité du CGR sécurité informationnelle;
  - Recommandations du comité de gestion des risques en matière de gestion des risques.

- **Énoncer les principaux constats de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 LSSS)**
  - **Réalisations en 2017-2018 :**
    - Poursuite de la diffusion de la politique harmonisée sur l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle, dans l'ensemble des missions, selon les spécificités des secteurs d'activité;
    - Développement et implantation d'un guide d'application au secteur DI-TSA et jeunesse;
    - Développement et présentation de deux types de formation sur l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle, dont une pour les professionnels (55 personnes formées) et une autre pour les non professionnels (215 personnes formées);
    - Pour la formation destinée aux professionnels, un contenu spécifique a été développé pour les intervenants des secteurs de la santé mentale, de la DI-TSA et jeunesse;
    - Développement d'un outil de vigie de la prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale et en courte durée;
    - Actualisation des actions spécifiques en CHSLD sur tous les territoires afin de réduire la prévalence d'utilisation des mesures de contrôle.

- **Présenter un tableau de l'utilisation des mesures de contrôle.**

- **Témoigner du suivi effectué par l'établissement ou le comité de vigilance et de la qualité au sujet des recommandations formulées par le coroner.**

Composition du comité de gestion des risques (au 31 mars 2018)	
Vacant au 31 mars et comblé pour 2018-2019	Représentant pour le comité des usagers
Mme Diane Gagnon	Représentante pour le comité des usagers
M. Martin D'Amour – membre d'office et représentant du PDG	Directeur adjoint à la DQEPE
Mme Claudia McMahon – membre d'office	Chef de service – gestion intégrée des risques et prestation des soins et services
M. Alain Gervais – membre d'office	Coordonnateur du service de génie biomédical (GBM)
Mme Annie Laberge – membre d'office	Chef de service Prévention des infections (PCI)
Mme Marielle Vincent – membre d'office	Chef d'administration de programme Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM)
Mme Manon Leblanc	Adjointe à la directrice – Direction des services ambulatoires et soins critiques
Mme Chantal Bournival	Directrice adjointe SAPA – assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien
M. Martin Dionne	Adjoint à la directrice DI-TSA-DP
M. Mathieu Lapointe- membre d'office	Pharmacien Direction des services multidisciplinaires
Mme Élise Leclair	Directrice adjointe à la DSI – soutien et développement des pratiques professionnelles en SI et PCI
Mme Louise Luneau	Adjointe à la directrice DPJF
M. André Sauvé	Directeur adjoint à la DPSMAD – hébergement et services spécialisés en santé mentale
M. Hugo Toupin	Adjoint au directeur DSM
Mme Chantal Raymond	Directrice adjointe Santé communautaire
Mme Johanne Vachon	Adjointe et substitut à la DPJ – Direction de la protection de la jeunesse, direction provinciale
Dre Martine Pronovost	Médecin, omnipraticienne
Dr Patrice Gauthier	Médecin, pneumologue

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) doit, entre autres, apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés et faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres et sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres. Il peut également donner son avis sur l'organisation scientifique et technique et les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers. Enfin, il peut donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, sur des questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers et sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population. Le conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) fait également partie du CII.

Faits saillants
Le conseil des infirmières et infirmiers a tenu sept rencontres régulières et toutes les rencontres prévues en 2017-2018 ont été tenues de façon conjointe entre le comité exécutif du CII (CECII) et le CIIA avec un taux de participation de 76 %. De plus, 20 consultations par courriel nécessitant une réponse plus rapide ont été tenues en dehors des rencontres régulières.

Dans le volet ***« Appréciation de la qualité de l'acte infirmier et de la sécurité »,*** le CECII-CIIA a été consulté et a émis des avis sur les sujets suivants :

- Réalisation d'un audit pan CIUSSS concernant la préparation, l'administration et l'inscription de la médication en CHSLD.

Représentation du CII :

- Conseil d'administration (1 membre du CECII y participe);
- Collaboration avec l'équipe de la direction adjointe soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance et prévention des infections sur différents dossiers, entre autres :
    - Participation à des rencontres d'inspection professionnelle;
    - Vigie du CECII sur certains indicateurs de qualité en partenariat avec la directrice adjointe soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance et prévention des infections. Vigie sur certains indicateurs tels que : infections nosocomiales, chutes, contentions, taux des infections nosocomiales, lavage des mains, formation massive sur l'évaluation de la condition physique et mentale, utilisation des mesures de contrôle;
- Présentation par la gestion des risques sur les chutes et l'utilisation des contentions.

Participation de plusieurs membres du CECII au Happening soins infirmiers et correction de l'examen écrit fait, entre autres, par deux membres du CII.

Dans le volet ***« Évaluation, maintien et développement des compétences »*** :
Les infirmières et infirmières auxiliaires participent à différentes formations individuelles ou de groupe.

- Application des normes de formation continue :
    - Pour l'OIIQ : formation obligatoire de 20 heures par an, pour laquelle 7 infirmières ont été accréditées;
    - Pour l'OIIAQ : formation obligatoire de 10 heures par période de 2 ans pour les infirmières auxiliaires;
    - Sensibilisation faite à M^{me} Marie Carole Cayer de l'OIIAQ concernant la formation initiale des infirmières auxiliaires qui pourrait être bonifiée en ce qui concerne la connaissance de la médication;
- Le CECII est membre de l'association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ) depuis septembre 2017. Présence de la présidente du CII et CIIA à l'AGA en septembre et présence de la présidente aux réunions de la table des présidentes de CII aux 2 mois;
- Participation au congrès de l'OIIQ de quelques membres de l'exécutif;
- Participation de membres aux formations offertes par l'ACIIQ.

Dans le volet ***« Amélioration de la pratique »*** (règle de soins infirmiers (RSI) et règle de pratique professionnelle (RPP)) :

- Le CECII-CIIA a été consulté pour la mise en application des RSI ainsi que des RPP suivantes :
    - Aide-Mémoire communication interprofessionnelle selon la méthode Situation, Background, Assessment, Recommandation (SBAR);
    - RSI: dépistage, évaluation et intervention auprès d'un usager présentant un risque suicidaire et guide d'évaluation de la personne suicidaire;
    - RPP : Prévention des chutes;
    - RPP : Suivi auprès d'un usager ayant chuté.

Dans le volet ***« Distribution des soins »***

- Consultations effectuées auprès du comité exécutif du CII, et production d'avis, notamment sur les sujets suivants :
  - Addenda déprofessionnalisation des soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne, aux actes déréglementés et de l'administration des médicaments pour le personnel des centres de jour du CIUSSS MCQ.

Diverses politiques

- Gestion des documents d'encadrement;
- Prévention et contrôle des infections;
- Prestation sécuritaire des soins et des services;
- Un environnement sans fumée;
- Processus clinique.

Procédures

- Rédaction et cheminement des documents d'encadrement;
- Adaptation de lignes directrices, en fonction des données probantes, en vue de la rédaction de documents organisationnels visant à améliorer la qualité des services;
- Programme Antibiogouvernance (PrAG);
- Déplacement des usagers entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (intrarégionale et interrégionale);
- Déclaration et l'analyse des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins et de services;
- Gestion des événements sentinelles;
- Transmission inter installations CIUSSS MCQ des informations contenues aux dossiers des usagers;
- Don de corps à la science;
- Retrait des noms des usagers des listes aux fins d'évaluation, de sondage ou de sollicitation de dons pour les usagers ayant manifesté leur droit de refus;
- Guide de production d'un audit;
- Guide pour une démarche de réflexion et de délibération éthiques.

Autres

- Plan opérationnel 2017-2018 du CIUSSS MCQ;
- Participation de deux membres du CECII à la journée d'atelier de travail concernant l'élaboration du plan annuel 2018-2019 du CIUSSS MCQ;
- Compendium des produits et spécialités;
- Plan d'organisation du CIUSSS MCQ.

Pharmaceutiques

- Cadre de référence, modèle de participation de l'usager et procédure d'encadrement des usagers-ressources;
- Production des rapports pour l'homologation d'un mandat de protection et l'ouverture d'un régime de protection pour un majeur inapte;
- Politique : L'ouverture d'un régime de protection pour les majeurs inaptes et l'homologation d'un mandat de protection;
- Procédure : Production des rapports pour l'homologation d'un mandat de protection et l'ouverture d'un régime de protection pour un majeur inapte.

Composition du conseil des infirmières et infirmiers (au 31 mars 2018)	
Mme Suzie Côté, présidente	Drummond
Mme Patrica Arseneault, vice-présidente	Trois-Rivières
Mme Danielle Philibert	Bécancour-Nicolet-Yamaska
Mme Isabelle Binette	Arthabaska-Érable
Mme Claudia McMahon (membre coopté – gestion des risques	Trois-Rivières
Mme Laurie Desrochers	Haut-Saint-Maurice
M. Éric Fortin (membre coopté IPSPL)	Trois-Rivières
Mme Sarah Chevalier	Maskinongé
Mme Marie-Line Montpas	Vallée-de-la-Batiscan
Mme Anick St-Onge (vice-présidente jusqu'au 1er mars)	Centre-de-la-Mauricie
Mme Geneviève Beaulé (membre coopté –expertise PCI)	InterVal
Membres d'office :	
Mme Dolorès Pronovost, présidente du CIIA	Centre-de-la-Mauricie
Mme Sandra Denoncourt, vice-présidente du CIIA	Maskinongé
Mme Josée Simoneau, directrice des soins infirmiers	CIUSSS MCQ
M. Martin Beaumont, président-directeur général	CIUSSS MCQ
Invités permanents (ces personnes participent aux délibérations sans toutefois avoir droit de vote	
Mme Lyne Campagna	représentante des maisons d'enseignement, volet formation universitaire
Mme Hélène Courteau	représentant des collèges d'enseignement général et professionnel
M. Christian Gélinas	représentant des maisons d'enseignement volet formation professionnelle
Observatrice : Mme Élise Leclair	

Conseil multidisciplinaire (CM)

Le conseil multidisciplinaire (CM) doit, entre autres, soumettre au conseil d'administration des recommandations relatives à la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres. Il peut donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre, sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et sur les approches novatrices de services et leur incidence sur la santé et le bien-être de la population.

Faits saillants

Le conseil multidisciplinaire a tenu dix (10) rencontres avec un taux de participation de 84 %.

Appréciation et amélioration de la qualité de la pratique professionnelle et de la sécurité

- Premières remises de prix reconnaissance des pairs à l'AGA de juin 2017;
- Finalisation de deux comités de pairs (uniformisation des formulaires en physiothérapie SAPA, uniformisation des documents cliniques en GMF);
- Comité de pairs en cours actuellement (évaluation en ergothérapie continuum AVC) ainsi qu'un comité *ad hoc* en cours (répertoire des mesures alternatives et réduction des mesures de contrôle);
- Diverses consultations :
  - Guide de réflexion et de délibération éthiques;
  - Procédure sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident;
  - Règles de pratique sur la prévention des chutes et le suivi post-chutes;
  - Processus clinique du CIUSSS MCQ;
  - Procédure de l'usager ressource ainsi que le modèle de participation s'y rattachant;
  - Politique sur les mesures de protection;
  - Politique de prévention et contrôle des infections;
  - Présentation à l'exécutif du comité hygiène des mains.

Évaluation, maintien et développement des compétences

- Diverses consultations :
  - Plan de développement des compétences (PDC) 2017-2018 du CIUSSS MCQ;
  - Guide de production d'un audit;
  - Procédure des modalités de soutien et d'encadrement.
- Rencontre avec M^{me} MarieClaude Rivest concernant la collaboration du CM et PDC;
- Participation aux travaux interdirections concernant les modalités d'encadrement et de soutien de la pratique professionnelle;
- Collaboration DSM/CM pour la détermination du besoin d'encadrement des intervenants œuvrant dans les GMF.

Distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres

- Diverses consultations :
  - Offre de service de la DSM;
  - Transformation vers une culture d'amélioration continue au CIUSSS MCQ.
- Participation aux travaux d'élaboration de la politique sur le processus clinique au CIUSSS MCQ;
- Présentation de l'offre de service CM et des possibilités de collaboration au comité de direction dans trois continuums (DPSMAD, Jeunes en difficulté, DI-TSA-DP) aux fins d'amélioration la fluidité;
- Collaboration DSM/CM concernant des enjeux cliniques observés dans le continuum EFJ-DPJ.

Préoccupation éthique reliée à la pratique professionnelle

- Représentation d'un membre du CÉCM au comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO) et Comité d'éthique de la recherche (CÉR);
- Consultation concernant le cadre de référence en matière d'éthique.

Avis au président-directeur général

- Participation à la journée des leaders concernant l'identification des objectifs annuels du CIUSSS MCQ;
- Consultation concernant le plan annuel 2017-2018 du CIUSSS MCQ;
- Rencontre avec le PDG concernant les travaux entourant la création d'un Forum Inter conseils;
- Plan d'organisation du CIUSSS MCQ.

Autres

- Participation aux travaux de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) concernant le projet Optilab;
- Participation à la tournée de consultation en protection de la jeunesse de la ministre déléguée aux services sociaux;
- Rencontres et suivis dans des dossiers concernant des situations cliniques portées à notre attention;
- Organisation de l'assemblée générale annuelle (AGA) du CM du CIUSSS MCQ;
- Actualisation du plan de communication notamment : Pause-café avec les membres, distribution document promotionnel, publication de communiqués au sein du CommUNIQUE, suivi de la liste d'envoi courriel;
- Participation au colloque de l'ACMQ et à la table des présidents des CÉCM du Québec;
- Formation de l'exécutif sur l'approche LEAN offerte par la DSM.

Composition du conseil multidisciplinaire (au 31 mars 2018)	
M. Pascal Huot, président	Travailleur social, centre Laviolette
M. Michael Monast, vice-président	Agent de relations humaines, Services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur famille - Drummondville
M^{me} Mélanie Bergeron	Inhalothérapeute, CHAUR
M^{me} Suzon Lord	Éducatrice spécialisée, foyer de groupe l'Escale, Trois-Rivières
M. Marc Fauteux	Psychoéducateur, direction EFJ-DPJ, Trois-Rivières
M. Jérémie Bousquet	Travailleur social, GMF Drummond
M. Alain Demers *(démission en cours d'année)*	Psychologue, Centre de services Comtois
M. Benoît Desmarais, administrateur	Physiothérapeute, Centre d'hébergement et CLSC de Saint-Narcisse
M^{me} Bianca Hamel	Technologue en laboratoire, HDA, Victoriaville
M^{me} Mylène Lemyre-Morrissette, administratrice	Éducatrice spécialisée, Services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme - Institut universitaire - Trois-Rivières
M^{me} Marie-Pierre Paquin-Boutin, administratrice	Agent de planification, programmation et recherche, Centre Filles de la Sagesse
M^{me} Chantal Turgeon, administratrice	Agent de relations humaines, Services de réadaptation en dépendance - Trois-Rivières
M^{me} Caroline Renauld, administratrice	Physiothérapeute, Centre administratif de l'Énergie
M. Olivier Tardif, observateur	Kinésiologue, Centre St-Joseph

Conseil des sages-femmes (CSF)

Le mandat du conseil des sages-femmes consiste à contrôler et à apprécier, de manière générale, la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement. Il fait des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres, sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres et sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration en vue de conclure un contrat avec l'établissement pour y exercer sa pratique. Le conseil peut également donner son avis sur l'organisation scientifique et technique du centre local de services communautaires et sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des sages-femmes.

Faits saillants

Pour 2017-2018, le conseil des sages-femmes a tenu neuf (9) réunions, dont quatre (4) extraordinaires ainsi qu'une assemblée générale annuelle spéciale avec un taux de participation de 75 %. Cette baisse du taux de participation est entre autres imputable aux absences maladies des membres de l'exécutif.

- Intégration du conseil des sages-femmes (CSF) au CIUSSS MCQ en lien avec la distribution appropriée des services dispensés par ses membres : de concert avec la responsable des services sages-femmes (RSSF), le CSF a participé aux consultations sur les structures d'encadrement clinique;
- Le CSF a été interpellé par diverses instances du CIUSSS MCQ afin de recueillir les commentaires et recommandations des membres en lien avec différentes politiques et procédures en cours d'élaboration ou de révision;
- Contrôle et appréciation de la qualité et de la pertinence des actes posés par les sages-femmes : poursuite des activités du sous-comité de qualité de l'acte et de révision des dossiers, réponse aux recommandations d'inspection professionnelle de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), poursuite des présentations de dossiers cliniques en comité périnatal bimensuellement;
- Recommandations sur les obligations rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme :
    - Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO^{OB}) :
        - Ajout des nouveaux membres sages-femmes à la démarche;
        - Poursuite des réunions mensuelles de l'équipe de base à la démarche (5 membres);
        - Réalisation du module 6 (10 membres);
        - Préparation pour le déploiement du module 7.

- Participation à diverses formations obligatoires et autres :
    - Urgences obstétricales (8 membres);
    - Réanimation néonatale avancée (11 membres);
    - RCR (5 participantes);
    - Formation d'allaitement – Résumé du colloque d'allaitement de Drummondville (13 personnes);
    - Formation – Colloque d'allaitement à Drummondville – (1 personne);
    - Diverses formations en allaitement (1 personne) :
        - Avoid Lawsuits and Pink Slips! Legal and Ethical Issues for the IBCLC;
        - What's Too « Friendly » for an IBCLC on Social Media?
        - Are We Being Ethical?
        - Cultural Competence or Cultural Humility? A Roadmap for Lactation Specialists;
        - Resolving Ethical Dilemmas Using a Qualitative Study and Case Examples;
        - Herbal and Pharmaeutical Galactogogue Use During Breasfteeding;
        - A Mother's-Eye View of Breastfeeding Help;
        - Clients, Colleagues, or Critics? Negociating Gaps between evidence and community standards;
    - Formation – La théorie de l'attachement (9 personnes);
    - Formation – ITSS (10 personnes);
    - Formation - Étude PRISMA – (1 personne);
    - Capsule d'actualisation scientifique sur le diabète gestationnel – (10 personnes);

    - Résumé de la formation Carrefour des pratiques sexuelles (10 personnes);
    - Formation médicale continue par la SOGC – (1 personne).
- Poursuite des pratiques internes pour les urgences obstétricales et en réanimation néonatale avancée.
- Rappel aux membres de satisfaire aux exigences de l'OSFQ en matière de formation continue;
- Recommandation sur les qualifications et les compétences d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration : le CSF a recommandé l'embauche d'une sage-femme en cours d'année ainsi que l'embauche temporaire de trois autres sages-femmes.

Composition du comité des sages-femmes (au 31 mars 2018)	
M^me^ Annie Bronsard, présidente	Sage-femme
M^me^ Linda Bergeron, vice-présidente	Sage-femme
M^me^ Maude Lapointe administratrice	Sage-femme
M^me^ Lysianne C. Jutras, administratrice	Sage-femme
M^me^ Jessica Thompson, secrétaire	Sage-femme
M^me^ Nathalie Perreault	Directrice adjointe – Périnatalité et déléguée par Monsieur Martin Beaumont, président-directeur général
M^me^ Caroline Auclair	Sage-femme (congé de maladie)
M^me^ Cindy Boucher	Sage-femme (congé de maternité)
M^me^ Érica Goupil	Sage-femme (congé parental)
M^me^ Katherine Groulx	Sage-femme
M^me^ Marielle Labarre	Sage-femme (congé parental)
M^me^ Guylaine Labbé	Sage-femme
M^me^ Caroline Marchand	Sage-femme
M^me^ Sophie Martin	Sage-femme
M^me^ Luce Pinard	Sage-femme
M^me^ Marie-Ève St-Laurent	Sage-femme (congé sans solde)
M^me^ Maryse Poirier	Sage-femme (congé de maternité)
M^me^ Michelle Boies	Sage-femme

Département régional de médecine générale (DRMG)

Le comité de direction du Département régional de médecine générale (DRMG) a le mandat, sous l'autorité du PDG, de faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens et d'assurer la mise en place et l'application de la décision du CIUSSS MCQ en ce sens. Il définit et propose le plan régional d'organisation des services médicaux généraux et un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux incluant le réseau de garde intégré. Il fait aussi des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et sur la liste des activités médicales particulières. Le DRMG évalue l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens. Il donne finalement son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux, sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments et sur l'instauration des corridors de services proposés par le réseau universitaire intégré de santé.

Faits saillants

Le DRMG a tenu huit (8) rencontres régulières, plus une (1) rencontre extraordinaire, avec un taux de participation de 95 %. Au cours de ces réunions, les questions et activités suivantes ont été abordées ou réalisées :

- **Atteindre les objectifs d'inscription de clientèle et le taux d'assiduité des cibles de PL20 :**
  - Mise en œuvre du plan d'action du comité de pilotage sur la transformation médicale en collaboration avec la DSPPC.
  - Au 31 décembre, le taux d'inscription des patients était de 87,6 %, soit un écart de 2,6 % par rapport à l'objectif prévu.
- **Favoriser la mise en place de réseaux d'accessibilité aux soins médicaux généraux dans les différents territoires intéressés :**
  - Ouverture du GMF-R de Trois-Rivières et poursuite des démarches pour le GMF-R de Grand-Mère.
- **Optimiser et harmoniser le fonctionnement du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) dans chaque RLS :**
  - Mise en place d'un processus d'attribution des usagers enregistrés au GAMF pour assurer la prise en charge de la clientèle.
- **Favoriser le dynamisme des tables médicales territoriales et répondre aux préoccupations des médecins de famille en 1re ligne :**
  - Tournée des Tables médicales territoriales (TMT) et élaboration d'un plan d'organisation des services médicaux de chacun des RLS.
  - Tenue d'une Assemblée générale des membres du DRMG.
- **Consolider le travail interdisciplinaire en GMF et les autres cabinets :**
  - Soutenir l'arrimage du transfert des ressources professionnelles en GMF et favoriser l'implantation des IPSPL

Recommandations

Plan régional d'organisation des services médicaux :

Le DRMG recommande que soit développé un plan d'action portant sur l'accessibilité à un médecin de famille pour chacun des RLS. Celui-ci devrait inclure :

- Des mesures adressées à l'activité professionnelle des médecins de famille à l'intérieur du CIUSSS MCQ, mesures qui pourraient être incluses à l'intérieur des règlements de département et en lien avec un plan d'organisation des services de 1re ligne mis de l'avant par le DRMG.
- Une révision du plan d'organisation clinique de la médecine spécialisée incluant des échéanciers à court terme pour compléter les équipes de certains départements et une révision de l'activité clinique des médecins spécialistes pour diminuer au maximum le recours aux médecins de famille en 2e ligne.
  - Un engagement clair de mettre sur pied un guichet d'accès à la médecine spécialisée qui soit performant et facilitant pour les patients et les médecins de famille.

- Un engagement du CIUSSS MCQ à assurer aux structures intra établissement œuvrant en 1re ligne le support administratif et informationnel nécessaire tout en s'assurant que la performance des médecins œuvrant dans ces services réponde aux exigences minimales garantissant une participation significative aux objectifs d'amélioration à l'accès aux médecins de famille.
- Une série d'indicateurs permettant aux membres du CA de bien suivre l'avancée des travaux, le respect des échéanciers et possiblement même d'en inspirer les mesures qui seront mises de l'avant par le CIUSSS MCQ.

Composition du département régional de médecine générale (DRGM) (au 31 mars 2018)	
Dr Pierre Martin, chef du DRMG (pas président)	Table médicale territoriale (TMT) de Trois-Rivières
Dr Jocelyn Hébert	TMT de Bécancour-Nicolet-Yamaska
Dre Émanuelle Gauthier	TMT du Haut-Saint-Maurice
Dr Louis Auger (vice-président)	TMT d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Dr Vincent Simard	TMT Drummond
Dr Dany Sirois	TMT du Centre-de-la-Mauricie
Dr Benoît Marchand-Antonin	TMT de la Vallée-de-la-Batiscan
Dr Philippe Mc Neill	TMT de Maskinongé
Dr Janel Labbé	Représentant facultaire
M. Martin Beaumont, PDG du CIUSSS MCQ	Membre d'office

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a comme responsabilités, entre autres, de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques. Il évalue et s'assure que soit maintenue la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens et fait des recommandations sur les qualifications et la compétence à la suite d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à accorder. Il est consulté sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges octroyés aux médecins et dentistes par le conseil d'administration lesquelles doivent avoir pour but d'assurer la participation du médecin ou du dentiste aux responsabilités de l'établissement, notamment en ce qui a trait à l'accès aux services, à leur qualité et à leur pertinence. Le conseil donne aussi son avis sur les mesures disciplinaires à imposer à un médecin, dentiste ou pharmacien. Il fait également des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et sur les règles d'utilisation des médicaments élaborées par chaque chef de département clinique.

Le CMDP s'assure de répondre aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats. Il veille finalement à l'organisation technique et scientifique du CIUSSS MCQ et à la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques, ainsi qu'à l'organisation médicale.

Faits saillants
Le comité exécutif du CMDP a tenu onze (11) rencontres avec un taux de participation de 90 % et deux (2) assemblées générales avec 255 participants le 7 juin 2017 et 251 participants le 13 décembre 2017.

Comité d'examen des titres Nombre de réunions : 6	Taux de participation : 64 %
Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique Nombre de réunions : 4	Taux de participation : 81 %
Comité de pharmacologie Nombre de réunions : 10	Taux de participation : 72 %
Comité d'antibiogouvernance Nombre de réunions : 5	Taux de participation : 78 %
Comité de médecine transfusionnelle Nombre de réunions : 3	Taux de participation : 36 %

- Le CMDP doit instituer un comité d'examen des titres, un comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique et un comité de pharmacologie, ainsi qu'un comité de discipline, au besoin. Il y a eu formation de 16 comités de discipline.
- Dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficients aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont celui-ci dispose. Des états généraux médicaux ont été tenus et un plan d'action conséquent a été mis en place.
- Le CMDP doit faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires, ainsi que sur les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique. Il y a eu :
  - Recommandation dans divers protocoles et procédures
  - Recommandation pour l'optimisation de la trajectoire de chirurgie bariatrique
  - Recommandation de la procédure des accouchements précipités
- Le CMDP doit faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques, ainsi que sur l'organisation médicale de l'établissement. Il y a eu une recommandation du plan d'effectifs en pharmacie
- Le CMDP doit assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration. Il y a eu :
  - Nomination de chefs de service, adjoints aux chefs de service et adjoints aux chefs de départements
  - Acceptation de la tenue d'un registre des membres du CMDP
  - Adoption d'ordonnances collectives

Recommandations

1. Faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste ou d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder :
   - 72 recommandations pour modification de privilèges
   - 106 recommandations de nouveaux statuts
   - 6 recommandations de membres honoraires

2. Donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou pharmacien :
   - Transmission de deux dossiers disciplinaires au CA pour émission d'une sanction

3. Recommandation quant aux médecins examinateurs à désigner pour l'application de la procédure d'examen des plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien :
   - Recommandation de deux médecins examinateurs

4. Recommandation au conseil d'administration en ce qui a trait à la partie du plan de gouvernance médicale qui indique de quel département ou service relèvent les actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques d'un programme clinique :
   - Organisation des états généraux médicaux et mise en place d'un plan d'action conséquent.

5. Adoption du plan d'organisation du CIUSSS MCQ.

Composition du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (au 31 mars 2018)	
Dr Jocelyn Gervais, président	RLS Centre-de-la-Mauricie
Dr Gilles Viens, 1er vice-président *(départ le 7 juin 2017)*	RLS Drummond
Dr Michel Leblanc, 1er vice-président	RLS de Trois-Rivières
Dr Marco Gallant, 2e vice-président et trésorier	RLS de Drummond
Dr Guy Thériault, 3e vice-président	RLS Arthabaska-et-de-l'Érable
Dre Valérie Cardinal, co-secrétaire	RLS Centre-de-la-Mauricie
Dr Vincent Fournier-Cloutier, co-secrétaire	RLS de Trois-Rivières
Dr Pierre Bareil, conseiller	RLS de Maskinongé
M. Éric Raby, conseiller	Département de pharmacie (RLS Trois-Rivières)
Dr Mathieu Larrivé, conseiller	RLS Drummond
Dre Cécile Guedes-Marchand, conseillère *(départ le 7 juin 2017)*	RLS Vallée-de-la-Batiscan
Dre Isabelle Héroux, conseillère *(départ le 7 juin 2017)*	RLS de Bécancour-Nicolet-Yamaska
Dr Norman Laurin, conseiller	RLS Trois-Rivières
Dr Lionel Jospitre, conseiller	RLS du Haut-Saint-Maurice
Dr Christian Vinette, DSPPC *(absent d'octobre 2017 à avril 2018)*	CIUSSS MCQ
Dr Thierry Dambry, DSPA	RLS de Maskinongé et Centre-de-la-Mauricie
M. Gilles Hudon, DSPPC intérimaire *(octobre 2017 à avril 2018)*	CIUSSS MCQ
Mme Marie-Josée Hupé, adjointe DSPPC	CIUSSS MCQ

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) a la responsabilité de faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre, de donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments et sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Faits saillants

Le comité a tenu quatre (4) rencontres avec un taux de participation de 89 %. Il a entrepris divers travaux et abordé les questions suivantes :

Organisation des services pharmaceutiques

- Soutien en lien avec les travaux relatifs au transfert vers les pharmacies privées du suivi de la clientèle anticoagulée. Les cliniques des centres hospitaliers de Drummondville, Shawinigan et Victoriaville sont maintenant fermées;
- Plan de développement des services pharmaceutiques en pharmacies communautaires en lien avec les nouveaux actes pharmaceutiques prévus au projet de Loi n° 41;
- Entente prise avec le comité d'antibiogouvernance du CIUSSS MCQ afin de diffuser les documents cliniques et les recommandations en antibiothérapie sur tout le territoire.

Planification de la main-d'œuvre

- Président du CRSP siège au comité de recrutement pharmaceutique du département de pharmacie du CIUSSS MCQ;
- Recrutement de six individus dans le département pour l'année en cours.

Accessibilité et qualité des services pharmaceutiques

- Participation d'un membre du CRSP au comité de vigie sur les opiacés et sur le programme d'accessibilité à la naloxone;
- Correspondance au niveau des pharmacies communautaires pour faciliter la prescription de laboratoires et expliquer les enjeux qui y sont reliés;
- Diffusion des recommandations de l'Institute for Safe Medication Practices (ISMP) afin de sensibiliser les pharmaciens communautaires aux recommandations de cet organisme majeur.

Approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques

- Projet en collaboration avec une pharmacie pilote de la région afin de développer un canal de communication informatique simple et directe entre les urgentologues du CHAUR et la pharmacie communautaire. Ce projet vise à utiliser l'expertise du pharmacien en communauté afin de lui permettre les ajustements requis de la médication et ainsi éviter une consultation à l'urgence dans le cas où un ajustement serait requis.

Autres mandats réalisés

- Poursuite de la réunion biannuelle avec les différents présidents des CRSP de la province et l'Ordre des pharmaciens du Québec;
- Reconduite du membre représentant le CRSP au CA;
- remplacement des postes laissés vacant par les départs de deux pharmaciennes;
- Préparation d'une assemblée générale annuelle de mi-mandat (deux ans post-élection);
- Plan d'organisation du CIUSSS MCQ.

Recommandation

Le CRSP recommande au conseil d'administration de soutenir le développement des soins pharmaceutiques de première ligne dans la communauté en soutenant, notamment, l'utilisation des nouveaux actes pharmaceutiques dans les pharmacies communautaires.

Composition du comité régional sur les services pharmaceutiques (au 31 mars 2018)	
M. Martin Rajotte, président	Pharmacien établissement gestionnaire, coopté
M. Alain Bureau	Pharmacien établissement gestionnaire, coopté
M^me^ France Vallée, vice-présidente	Pharmacienne propriétaire, élue
M. Pascal Gilbert	Pharmacien propriétaire, coopté
M. Hugo Roy	Pharmacien salarié, coopté
M^me^ Verlaine Desrosiers	Pharmacienne salariée, cooptée
M. Erik Samson	Pharmacien établissement non gestionnaire, coopté
M. Gilles Hudon	Directeur des services multidisciplinaires (assiste également aux rencontres)

Comité des usagers

Le comité des usagers a pour mandat, entre autres, de renseigner les usagers sur leurs droits et obligations, de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers, d'évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement et de défendre les droits et intérêts collectifs des usagers. Il peut aussi, sur demande, assister et accompagner un usager dans toute démarche, y compris pour porter plainte.

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI) représente et soutient les 12 comités des usagers continués (CUC), les 27 comités de résidents des centres d'hébergement et les 2 comités des jeunes des services de réadaptation du territoire.

Faits saillants

Le CUCI a tenu onze (11) rencontres régulières, avec un taux de participation de 90 %, treize (13) rencontres de son comité exécutif, une (1) rencontre extraordinaire de son comité exécutif, avec un taux de participation de 100 %.

Le comité a réalisé les activités suivantes :

- AGA du CUCI en date du 30 mai 2017;
- Journée régionale des comités des usagers et des comités de résidents, en date du 11 octobre 2017;
- Participation au congrès du RPCU à Laval, les 18-19-20 octobre 2017;
- Participation à la visite de l'Agrément, le 25 octobre 2017;
- Formation de base offerte par le CUCI, les 7 et 22 novembre 2017;
- Élaboration et présentation du plan de communication du CUCI, en collaboration avec le Service des communications;
- Priorisation des déménagements pour les locaux des comités des usagers;
- Formation d'un comité *ad hoc* pour le sondage *Soins à domicile;*
- Réalisation du sondage *Soins à domicile*, par une firme de sondage terminé en mars 2018;

- Réalisation de projets non récurrents;
- Participation des membres du CUCI à la lecture de projets de politique, concernant les usagers, avec retour de commentaires;
- Élaboration d'un processus de cheminement pour les résolutions émises par le CUCI, un comité des usagers ou un comité de résidents.

Fonctions particulières du CUCI :

- Représentation :
  - Participation de la présidente aux rencontres de présidents (tes) de CUCI, à Montréal et à Québec;
  - Présentation du CUCI, sur ses rôles et fonctions incluant ceux attribués aux comités des usagers et aux comités de résidents, à des retraités du système de santé, à St-Nicéphore et Shawinigan;
  - Prix décerné par le CUCI au concours « Coup de cœur »;
  - Participation de la présidente au mini-colloque de la Vallée-de-la-Batiscan;
  - En collaboration avec notre répondante et de chef à l'hébergement, la présidente participe à la reconstruction d'un comité d'usagers et d'un comité de résidents.
- Coordination :
  - Participation de la présidente au comité *Tolérance zéro : Intimidation* dans un comité de résidents.
- Harmonisation :
  - Participation de la présidente à la lecture du nouveau cadre de références et aux recommandations émises suite à cette lecture.

Composition du comité des usagers du CIUSSS MCQ (au 31 mars 2018)	
M^me^ Diane Gagnon, présidente	Représentante CU Trois-Rivières
M. Jean-Claude Ferron vice-président	Représentant CR Résidence St-Maurice
M. Pierre Gélinas, trésorier	Représentant CU Services de réadaptation en déficience physique InterVal MCQ
M^me^ Ginette Boisvert secrétaire	Représentante CR Lucien Shooner
M^me^ Lina Desrosiers, membre élue	Représentante CR Centre d'hébergement St-Joseph
M. Réjean Chauvette, membre délégué	Représentant CU Services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur famille MCQ
M. André Poirier, représentant CUCI au Conseil d'administration du CIUSSS MCQ	Représentant CU Arthabaska-et-de-l'Érable
M^me^ Alice Roussel, membre substitut	Représentante CU Bécancour-Nicolet-Yamaska
M^me^ Huguette Baribeau, membre déléguée	Représentante CU Bécancour-Nicolet-Yamaska
M. Claude Alarie, membre délégué	Représentant CU DI-TSA
M. Raymond Forest, membre délégué	Représentant CU du Centre-de-la-Mauricie
M. Carlo Savaria, membre délégué	Représentant CU Centre dépendances
M^me^ Doris Poirier, membre déléguée	Représentante CU Haut-Saint-Maurice
M. Gérard Desbiens, membre élu	Représentant CU Haut-Saint-Maurice

Composition du comité des usagers du CIUSSS MCQ (au 31 mars 2018)	
M. Marc-André Rancourt, membre élu	Représentant CR Centre d'hébergement de Warwick
Mme Gisèle Sirois-Couture, membre déléguée	Représentante CU Maskinongé
M. Carol Boulanger, membre délégué	Représentant CU Drummond
Ont quitté au cours de l'année : M. Robert Milette, Mme Hélène C. Pépin, Mme Suzanne Gervais, Mme Nicole Poirier et Mme Nicole Brunelle	

Comité philanthropique

Le CIUSSS MCQ peut compter sur 18 fondations apparentées. Leur mission est de collecter des fonds afin d'améliorer la qualité des soins et des services de leur communauté ou de leurs clientèles. Le comité philanthropique a donc pour but d'harmoniser les pratiques en sollicitation dans le respect de l'autonomie des fondations. Ce comité est formé des hors-cadres de l'organisation et d'un membre nommé par chaque fondation. Le comité est principalement un lieu d'échange, de partage des connaissances et de collaboration.

Faits saillants

Le comité philanthropique, qui regroupe 18 fondations, a tenu quatre (4) rencontres avec un taux de participation de 50 %. Toutes ensemble, les fondations ont recueilli un montant de 11 M$ en 2017-2018. Il a abordé les éléments suivants au cours de l'année :

Harmonisation des pratiques

- Poursuite de la réflexion sur l'uniformisation des politiques d'affichage et de toponymie dans les installations. À compléter en 2018;
- Création de la table de coordination des investissements par Martin Rousseau, DST, afin d'offrir un meilleur suivi aux fondations pour les projets qu'elles subventionnent;
- Dépôt de la fiche synthèse sur le processus de réalisation des projets avec les fondations;
- Dépôt de la fiche synthèse pour la procédure de retrait d'un usager de la liste de sollicitation de dons;
- Dépôt de la politique de gestion des bénévoles du CIUSSS.

Échange et collaboration entre les fondations et la direction du CIUSSS MCQ

- Rapport des activités du CIUSSS MCQ par le PDG à chaque rencontre;
- Nomination d'un nouveau membre observateur au CA du CIUSSS;
- Formation sur la gouvernance offerte par le CIUSSS aux fondations;
- Présentation de la gouvernance des projets immobiliers majeurs de 5M$ et plus;
- Concrétisation du projet de sollicitation de dons aux bornes de stationnement;
- Mise à jour des budgets du CIUSSS pour la participation aux événements des fondations;
- Décision sur la contribution du CIUSSS pour la papeterie reliée aux sollicitations des usagers;
- Participation des fondations aux séances publiques et échanges sur la formule;
- Rencontres des CA des fondations par la direction;
- Discussions sur les problématiques de délais des commandes d'équipements financés par les fondations;
- Discussions sur les problématiques d'obtention de listes du CIUSSS de projets à financer par les Fondations;
- Discussions sur les modalités entourant les dons en nature dans des projets de construction;
- Discussions sur le déploiement du service Wi-Fi dans toutes les installations;
- Discussions au sujet des inquiétudes des donateurs sur les retombées locales de leurs dons;
- Discussion sur la possibilité que les fondations financent le projet d'implantation du logiciel *Calicode*.

Développement de la culture philanthropique :

- Période d'échanges de bons coups et bonnes pratiques des fondations.

Recommandations

- Le comité recommande quatre rencontres annuelles : février, avril, juin et octobre et propose que la rencontre de février soit toujours par conférence téléphonique;
- Il pourrait être pertinent de modifier la structure pour les fondations de petite taille, car on constate une diminution de leur participation en raison du manque de disponibilités. De plus, leurs enjeux sont souvent différents de ceux des fondations de plus grande taille. Peut-être serait-il pertinent de former deux groupes, et réduire le nombre de rencontres annuelles pour cette catégorie;
- Le comité recommande de poursuivre les travaux au niveau de la toponymie et de l'affichage jusqu'à l'obtention de politiques officielles pour les fondations;
- Tel qu'en témoignent les actions réalisées en 2017, la collaboration est excellente entre la direction du CIUSSS et ses fondations et les processus mis en place favorisent une meilleure collaboration. Le comité recommande de maintenir ce niveau d'implication en 2018-2019;
- La direction est à l'écoute des enjeux soulevés par les fondations et alloue des ressources pour leur venir en aide. Le comité recommande de maintenir ce niveau d'ouverture entre les parties et félicite la direction pour son implication auprès des fondations;
- Le comité recommande d'allouer un peu plus de temps aux échanges dans la prochaine année afin d'éviter que la rencontre soit majoritairement informative.

Composition du comité philanthropique (au 31 mars 2018)	
M^me^ Jacynthe Vallée, présidente	Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska
M. Martin Beaumont, PDG	CIUSSS MCQ
M. Richard Beauchamp, membre observateur au CA du CIUSSS MCQ	Fondation InterVal
M. Carol Fillion PDGA	CIUSSS MCQ
M^me^ Lyne Girard, DGAPSR	CIUSSS MCQ
M^me^ Lucie Letendre, DGAPSP-SAPA	CIUSSS MCQ
M^me^ Audrey-Ann Milot, adjointe au PDG	CIUSSS MCQ
M^me^ Christiane Lemaire, conseillère	CIUSSS MCQ
M. Martin Rousseau, DST – membre d'office	CIUSSS MCQ
M. Philippe Bergeron, président	Fondation CLSC Suzor-Côté
M^me^ Emmanuelle Lebeau-Guertin, DG	Fondation CLSC Suzor-Côté
M. Claude Charland, président	Fondation HDA
M. David Vallières, président	Fondation Ste-Croix-Hériot
M^me^ Chareyne Lupien, DG	Fondation Ste-Croix-Hériot

Composition du comité philanthropique (au 31 mars 2018)	
M. Luc Belle-Isle, DG	Fondation Le Parrainage
M. Jean-Philippe Ranger, président	Fondation Le Parrainage
Mme Chantale Gaboury, présidente	Fondation CSSS de Maskinongé
Mme Caroline Hubert, DG	Fondation CSSS de Maskinongé
M. Marc-André Gagnon, président	Fondation Ermitage
Mme Sylvie Côté, DG	Fondation Ermitage
Mme Dominique Rousseau, coordonnatrice	Fondation CLSC-CHSLD de l'Érable
M. Pierre Labonté, président	Fondation CLSC-CHSLD de l'Érable
M. Pierre Fréchette, président	Fondation Bécancour-Nicolet-Yamaska
Mme Danielle Gamelin, DG	Fondation Bécancour-Nicolet-Yamaska
M. André Buisson, président	Fondation de la SSS de l'Énergie
Mme Amélie Vallée, DG	Fondation de la SSS de l'Énergie
M. Patrick Théorêt, président	Fondation InterVal
Mme Julie Gagnon, DG	Fondation InterVal
M. André Gabias, président	Fondation du Centre jeunesse MCQ
Mme Caroline Bérubé, présidente	Fondation pour la santé du Haut-Saint-Maurice
M. Mario Lafontaine, président	Fondation Foyer Mgr Paquin
M. Gaétan Boivin, président	Fondation RSTR
Mme Nathalie Villemure, DG	Fondation RSTR
M. Donat Gingras	Fondation du CLSC Vallée-de-la-Batiscan
M. Donald Grimard, président	Fondation du CLSC Vallée-de-la-Batiscan
Mme Johanne Soucy	Fondation Foyer de la Pérade
M. Michel Bordeleau, président	Fondation Centre d'accueil de St-Narcisse
M. Gaston Arcand, président	Fondation du Foyer de Sainte-Thècle

Comité régional pour le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

La mise sur pied du Comité régional pour le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise du CIUSSS MCQ a été reportée à une date ultérieure non déterminée. Il fallait attendre l'élaboration du Règlement modifiant le Règlement sur le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise qui a été adopté en avril 2018. C'est le comité provincial qui élabore le Règlement des comités régionaux et ce comité doit se mettre en place avant. Conséquemment, le comité n'a tenu aucune activité en 2017-2018. Par contre, des rencontres régionales ont débuté avec des représentants de la communauté anglophone pour discuter des enjeux et planifier certaines actions pour améliorer l'accessibilité des services de santé et des services sociaux en langue anglaise.

Comité d'éthique de la recherche multiclientèle

Le comité d'éthique de la recherche (CÉR) doit soumettre chaque année un rapport de ses activités au conseil d'administration du CIUSSS MCQ. Il se voit attribuer par ce conseil le mandat d'évaluer et d'assurer le suivi de tous les projets de recherche qui se déroulent en tout ou en partie au sein de l'établissement. En tant que CÉR « désigné » par le ministre, le mandat du CÉR s'étend également aux projets de recherche impliquant des personnes mineures ou inaptes. Entre autres, le mandat du CÉR est de veiller à la sécurité et au bien-être des participants à la recherche et d'assurer le respect de leurs droits. Son mandat comporte trois volets :

- L'évaluation des projets de recherche;
- Le suivi des projets de recherche;
- L'éducation en éthique de la recherche auprès du personnel de recherche de l'établissement.

Les CÉR contribuent à soutenir les missions universitaires de l'établissement.

Faits saillants

Réunions tenues	
Type	**Nombre**
Mode plénier	5
Mode délégué	5
Spéciale	1
Total :	11

Demandes évaluées	
Nouveaux projets	
Type	**Nombre**
Multicentriques	4
Monocentriques	21
Total	**25**
Suivi continu	
Type	**Nombre**
Demandes de modifications	33
Demandes de renouvellement annuel	36
Avis de fermeture	12
Autres types de demandes de suivi continu (réactions indésirables, déviations, documents soumis à titre informatif, etc.)	121
Total	**202**

Principales réalisations :

- Adoption de la nouvelle structure en éthique de la recherche;
- Reconduction du mandat des membres du CÉR et nomination de nouveaux membres au sein de la nouvelle structure;
- Adoption du Règlement des CÉR.

À venir pour l'année 2018-2019 :

- Mise en place de la nouvelle structure en éthique de la recherche : concentration de l'expertise du CÉR dans le domaine médical et changement de nom pour « CÉR de la recherche médicale ».

Composition du comité d'éthique de la recherche multiclientèle (au 31 mars 2018)	
M. Bernard Deshaies, président	Membre représentant du CMDP
M^me^ Marie-Hélène Gagnon	Membre représentant du CMDP
M. Thomas Lefebvre	Membre représentant du CMDP
Dr Camille Abi-Raad *(Fin de mandat : Avril 2018)*	Membre détenant une expertise scientifique
Dr Emmanuel Charbonney *(Fin de mandat : Mars 2018)*	Membre détenant une expertise scientifique
Dr Alexis Danylo	Membre détenant une expertise scientifique
Dr Pierre Gagné *(Fin de mandat : Décembre 2017)*	Membre détenant une expertise scientifique
D^re^ Marianne Larose	Membre détenant une expertise scientifique
D^re^ Catherine Lemay	Membre détenant une expertise scientifique
M^me^ Danielle Tapps	Membre représentant du CII
M^me^ Danielle Champagne	Membre représentant du conseil multidisciplinaire

Composition du comité d'éthique de la recherche multiclientèle (au 31 mars 2018)	
M. Réjean Boivin	Membre détenant une expertise en éthique
M. Daniel Gagné	Membre détenant une expertise en éthique
Mme Lise Dubuc	Membre représentant la collectivité sans affiliation avec l'établissement
M. Pierre Tremblay	Membre représentant la collectivité sans affiliation avec l'établissement
Me Emmanuel Ayotte	Membre détenant une expertise juridique
Me Maxim Veillette	Membre détenant une expertise juridique

Comité d'éthique de la recherche conjoint DI-TSA

Le comité d'éthique de la recherche (CÉR) doit soumettre chaque année un rapport de ses activités au conseil d'administration du CIUSSS MCQ. Il se voit attribuer par ce conseil le mandat d'évaluer et d'assurer le suivi de tous les projets de recherche qui se déroulent en tout ou en partie au sein de l'établissement. En tant que CÉR « désigné » par le ministre, le mandat du CÉR s'étend également aux projets de recherche impliquant des personnes mineures ou inaptes. Entre autres, le mandat du CÉR est de veiller à la sécurité et au bien-être des participants à la recherche et d'assurer le respect de leurs droits. Son mandat comporte trois volets :

- L'évaluation des projets de recherche;
- Le suivi des projets de recherche;
- L'éducation en éthique de la recherche auprès du personnel de recherche de l'établissement.

Les CÉR contribuent à soutenir les missions universitaires de l'établissement.

Faits saillants

Réunions tenues	
Type	**Nombre**
Mode plénier	7
Mode délégué	1
Spéciale	1
Total :	9

Demandes évaluées	
Nouveaux projets	
Type	**Nombre**
Multicentriques	4
Monocentriques	7
Total	**11**

Suivi continu	
Type	**Nombre**
Demandes de modifications	8
Demandes de renouvellement annuel	24
Avis de fermeture	31
Autres types de demandes de suivi continu (réactions indésirables, déviations, documents soumis à titre informatif, etc.)	5
Total	**68**

Principales réalisations :

- Adoption de la nouvelle structure en éthique de la recherche;
- Reconduction du mandat des membres du CÉR et nomination de nouveaux membres au sein de la nouvelle structure;
- Adoption du Règlement des CÉR.

À venir pour l'année 2018-2019 :

- Mise en place de la nouvelle structure en éthique de la recherche : élargissement de l'expertise du CÉR dans le domaine psychosocial et changement de nom pour « CÉR de la recherche psychosociale ».

Composition du comité d'éthique de la recherche conjoint DI-TSA (au 31 mars 2018)	
M[me] Anne-Marie Hébert, présidente	Membre détenant une expertise juridique
M[me] Marie-France Gagnier	Membre détenant une expertise juridique
M. Éric Bellefeuille *(Fin de mandat : Décembre 2017)*	Représentant du conseil multidisciplinaire travaillant avec la clientèle DI-TSA
M[me] Francine Julien-Gauthier *(Fin de mandat : Avril 2018)*	Membre détenant une expertise scientifique
M[me] Annie Paquet *(Fin de mandat : Avril 2018)*	Membre détenant une expertise scientifique
M[me] Diane Morin *(Fin de mandat : Avril 2018)*	Membre détenant une expertise scientifique
M[me] Marie-Josée Drolet	Membre détenant une expertise éthique
M[me] Marie Goulet	Membre détenant une expertise éthique
M. Thierry Boyer *(Fin de mandat : Avril 2018)*	Représentant la communauté, sans affiliation avec l'établissement
M[me] Claire Leblanc	Représentant la communauté, sans affiliation avec l'établissement
M[me] Monique Lamontagne *(Fin de mandat : Août 2017)*	Représentant la communauté, sans affiliation avec l'établissement

Comité d'éthique clinique et organisationnelle

Le comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO) a comme mandat de soutenir les intervenants, les usagers et leurs proches, ainsi que les différentes instances de l'établissement lorsque surviennent des situations soulevant des dilemmes éthiques. Les avis émis par le CÉCO visent à favoriser la poursuite de la réflexion du demandeur vers le dénouement du dilemme éthique; en ce sens, les avis ne sont pas prescriptifs ni décisionnels.

Faits saillants

Réunions tenues	
Type	**Nombre**
Avis en éthique clinique et organisationnelle	6
Élaboration documents d'encadrement	3
Éducation et sensibilisation	6
Soutien et développement d'une culture en éthique	5
Spéciale	3
Total :	**23**

Principales réalisations

- Nomination de nouveaux membres;
- Adoption du Règlement du CÉCO;
- Première édition de la Journée parlons éthique (25 avril 2017).

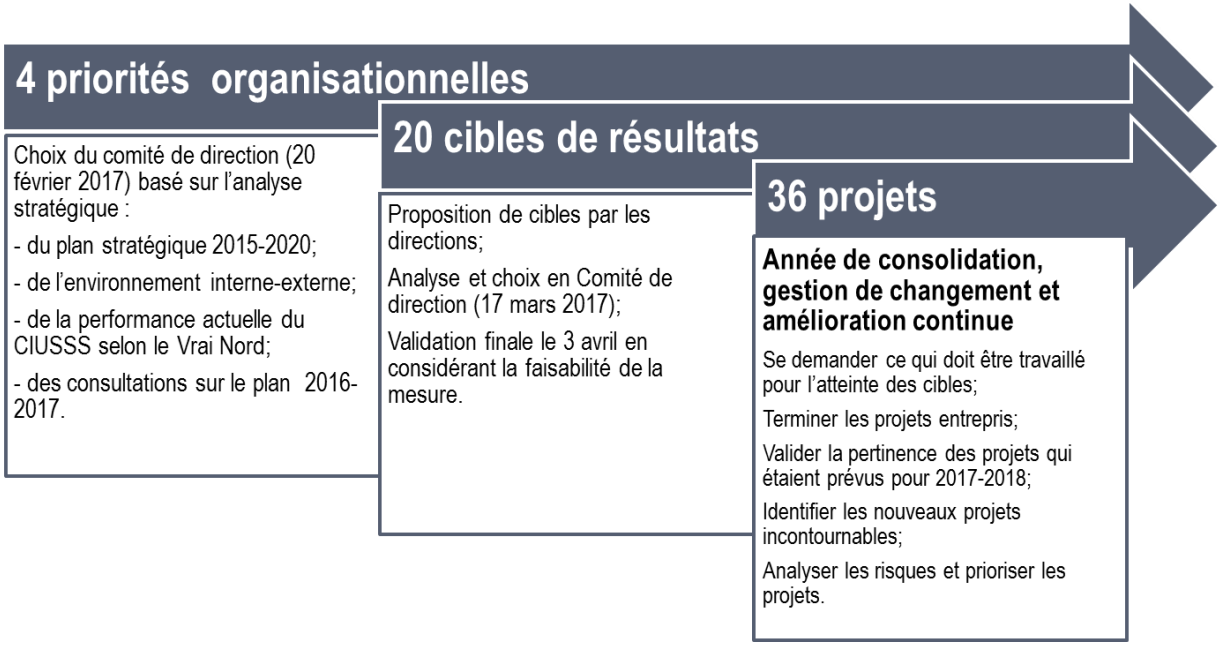
Composition du comité d'éthique clinique et organisationnelle (au 31 mars 2018)	
M^me^ Caroline Ayotte	Employée avec intérêt éthique
M. Christian Barrette	Gestionnaire provenant de la PDGA
M^me^ Johanne Beaumont	Employée avec intérêt éthique
M. Réjean Boivin	Personne avec compétences éthiques
M^me^ Marie-Andrée Boivin	Personne avec compétences éthiques
M. Éric Boulanger	Employé avec intérêt éthique
M. Claude Boutin	Usager ressource
M^me^ Geneviève Campbell	Représentant CII-CIIA
M. Éric Cellier	Employé avec intérêt éthique
D^re^ Chantal Contant	Représentante CMDP
M^me^ Marie-Pierre Courchesne	Employée avec intérêt éthique
M. Alain Demers *(Fin de mandat : Décembre 2017)*	Représentant CM
M. Gilles Duranceau	Employé avec intérêt éthique
M^me^ Geneviève Frigon	Gestionnaire DGA programmes sociaux et de

Composition du comité d'éthique clinique et organisationnelle (au 31 mars 2018)	
	réadaptation
Mme Hélène Germain	Représentante CII-CIIA
M. Jocelyn Grenier	Usager ressource
Mme Anne-Marie Hébert	Personne avec connaissances juridiques
Mme Édith Laflamme	Employée avec intérêt éthique
Mme France Lafond	Représentante population
Mme Liette Lafontaine	Membre comité des usagers
M. Yannick Laliberté-Caron	Employé avec intérêt éthique
Mme Danielle Lamothe	Employée avec intérêt éthique
M. Isamaël Mériouma-Caron	Employé avec intérêt éthique
Dr Antoine Moutier, vice-président	Représentant CMDP
M. Michel Pellerin	Employé avec intérêt éthique
Mme Christine Pépin	Employée avec intérêt éthique
Mme Julie-Léa Perron-Blanchette	Employée avec intérêt éthique
M. Alexandre Petit	Employé avec intérêt éthique
M. Donald Pronovost	Employé avec intérêt éthique
Mme Élise Provencher	Gestionnaire DGA programmes santé physique généraux et spécialisés et SAPA
Mme Édith Rondeau-Boulanger	Employée avec intérêt éthique
Mme Marise St-Onge, présidente	Représentante CM
Mme Amélie Thibault	Employée avec intérêt éthique
Mme Ginette Vadnais	Usagère ressource

3.3 Les faits saillants

Plan annuel 2017-2018

Afin de mieux répondre aux besoins de la population qu'il dessert et d'adapter son offre de service à l'évolution de l'état de santé de la population, l'établissement s'arrête chaque année pour déterminer les priorités devant être mises de l'avant. L'établissement a donc actualisé un deuxième plan annuel depuis sa création. Celui-ci a été concrétisé à la suite d'une démarche organisationnelle structurée et grâce à l'implication et la collaboration de toutes les directions de même que de nombreux partenaires, tels que les groupes de médecine de famille et les organismes communautaires. Le processus qui a guidé l'élaboration du plan annuel est le suivant :



Un suivi rigoureux des résultats a été réalisé au moyen des séances mensuelles de pilotage stratégique du comité de direction, ainsi que par la revue trimestrielle du tableau de bord du conseil d'administration. De nombreux projets et actions liés au plan annuel ont été réalisés en cours d'année. Bien que ceux-ci ne soient pas tous terminés, les efforts engendrés par ces actions et projets continuent de produire des effets sur les résultats à atteindre. Pour certaines cibles, l'année 2017-2018 a permis d'établir des préalables nécessaires à l'actualisation des résultats ou encore de mettre en place de meilleures solutions pour éviter une détérioration. Un état d'avancement des quatre priorités retenues, des cibles et de projets se retrouve dans les pages suivantes.

Portefeuille organisationnel de projets 2017-2018

Outre l'élaboration du plan annuel et ses 36 projets ciblés, le CIUSSS MCQ possède un portefeuille organisationnel de 170 projets pour l'année 2017-2018. Ces projets ont été initiés lors du plan opérationnel précédent ou découlent d'obligations légales ou ministérielles, ou encore d'opportunités. Parmi les 170 projets :

- 26 % sont terminés. L'objectif souhaité était certes plus élevé, mais le contexte et la capacité limitée de plusieurs directions ont forcé un ralentissement du rythme de réalisation.
- Parmi les projets toujours en cours, 41 % ont un taux d'avancement de plus de 60 %. Il est à noter que la plupart des projets se déroulent sur plus d'une année, ce qui explique un taux d'avancement plus faible pour certains d'entre eux.

3.3.1 Priorité 1 – Un capital humain en santé et en sécurité afin d'assurer sa disponibilité

Cibles et résultats

Cibles	Points de départ[1]	Résultats au 31 mars 2018
1. Réduire de 44 640 le nombre d'heures rémunérées en assurance-salaire liées aux problèmes de santé psychologique.	480 339	707 141 (R)
2. Réduire de 28 404 le nombre d'heures rémunérées en assurance-salaire lié aux problèmes musculo-squelettiques.	298 824	364 482 (R)
3. Réduire de 18 224 le nombre d'heures rémunérées en assurance-salaire lié aux problèmes de la catégorie « médecine »	191 742	230 300 (R)
4. Réduire de 89 le nombre de dossiers pour lésions professionnelles acceptées par la commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).	550	719 (R)

Légende
Rouge (R) = Non atteinte (écart important à la cible).
Jaune (J) = En voie d'atteinte.
Vert (V) = Atteinte à 100 %.

Les cibles n'ont pas été atteintes, car le taux d'assurance salaire est demeuré élevé. Différentes mesures ont été mises en place afin d'axer les interventions en matière de prévention. Celles-ci ont toutefois ont été retardées en raison de la difficulté à combler les postes dans l'équipe de prévention en santé et sécurité au travail.

Projets liés à l'atteinte des cibles de la priorité 1

Pour atteindre les cibles, quatre projets ont été mis en place ou se sont poursuivis. Voici l'avancement de ceux-ci pour l'année 2017-2018 :

Projet 1 - Poursuivre une démarche globale d'Entreprise en santé afin d'acquérir la certification du Bureau des normes du Québec (BNQ)

Degré d'avancement du projet : 80 %

- Dévoilement, en octobre 2017, du premier plan d'action Entreprise en santé du CIUSSS MCQ.
  - 18 actions, autour de 4 axes, visant à maintenir et à améliorer de façon durable l'état de santé et de mieux-être au travail.
- Globalement, 80 % du travail a été accompli afin d'obtenir la certification.
  - 22 % des actions prévues ont été réalisées[2]

[1] Les points de départ ont été modifiés par rapport au plan annuel 2017-2018 dû à une méthode de calcul raffinée ou à l'amélioration de la qualité des données.

- 75 % des critères requis pour la certification sont jugés conformes[3]

- Visite de certification prévue en octobre 2018.

Taux de réalisation des actions du plan d'action Entreprise en santé

Axes	Nombre total d'actions du plan	Nombre d'actions réalisées[4]	Taux de réalisation
Équilibre travail et vie personnelle	5	0	0 %
Pratiques de gestion: Reconnaissance	4	2	50 %
Pratiques de gestion: Communication	3	1	33 %
Habitudes de vie : Activité physique	6	1	17 %
Total	**18**	**4**	**22 %**

Projet 2 - Optimiser et harmoniser les processus et les pratiques des activités de remplacement du personnel

Degré d'avancement du projet : 30 %

- Mise en place d'un plan d'action en collaboration avec les partenaires impliqués :
  - Harmonisation de la procédure de déclaration des absences ponctuelles;
  - Augmentation des heures de couverture par les employés du service des activités de remplacement;
  - Offre de différentes modalités pour encourager une présence additionnelle au travail;
  - Mise en place d'une ligne téléphonique dédiée aux gestionnaires.

Projet 3 - Mettre en place un bureau de formateurs et du transfert des apprentissages

Degré d'avancement du projet : 30 %

- Mise en place d'une nouvelle structure de rôles (projet pilote) afin de soutenir l'ensemble des intervenants impliqués (responsable d'une activité de formation, le formateur et l'apprenant) sur la base des meilleures pratiques en matière andragogique.
  - Environ 30 % des actions ont été réalisées :
    - Mise sur pied de comités de travail pour les activités de formation ciblées: *Intervention orientée vers les solutions* (DSM), *Principes sécuritaires de déplacements des bénéficiaires* (Service de prévention en santé et sécurité au travail de la DRHCAJ) ainsi qu'un ensemble de formations en soins infirmiers couvrant les volets *Soins critiques, Développement de la pratique et Accueil et intégration* (DSI).
    - Identification d'indicateurs de transfert des apprentissages pour chaque activité.

[2] En date du 20 février 2018
[3] idem
[4] En date du 20 février 2018

Projet 4 - Développer les pratiques de gestion en cohérence avec une culture d'amélioration continue et mettre en place les conditions facilitant le rôle du gestionnaire

Degré d'avancement du projet : 30 %

- Mise en place d'activités de formation, d'accompagnement et d'outils aux gestionnaires concernant les sept comportements de gestion suivants :
  - Discuter avec les usagers du service afin d'obtenir leurs opinions et leurs suggestions
  - Recueillir régulièrement, auprès de son personnel, les informations critiques et essentielles au bon déroulement des activités quotidiennes
  - Encourager la recherche de solutions plutôt que la recherche de coupable
  - Observer dans l'action les processus cliniques et administratifs du service
  - Accorder de l'importance et mettre en application les suggestions utiles faites par le personnel
  - Entraîner le personnel à résoudre lui-même les problèmes
  - Établir un petit nombre d'indicateurs de performance pour le service qui sont clairs et mesurables
- Résultats encourageants soulignés par les visiteurs de l'Agrément qui poussent la poursuite des actions.

3.3.2 Priorité 2 – L'accès aux soins et services professionnels de première ligne

Cibles et résultats

Cibles	Points de départ[5]	Résultats au 31 mars 2018
1. Réduire à 52 % ou moins la proportion de patients avec un niveau de priorité 4 ou 5[6] se présentant dans une urgence majeure.	64,4 %	56,5 % (J)
2. Augmenter à 65 % le nombre de jeunes pris en charge par les équipes d'intervenants en santé mentale première ligne dans un délai inférieur à 30 jours.	54,3 %	61,7 % (J)
3. Référer 100 % des patients qui étaient inscrits au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) au 31 décembre 2016 à un médecin de famille d'ici le 31 décembre 2017.	6,2 %	95,6 % (J)
4. Augmenter à 40 % la proportion d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) de plus de 3 ans de pratique qui atteignent le seuil de 600 patients suivis dans les groupes de médecine familiale (GMF).	35 %	75 % (V)
5. Atteindre 80 % des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) qui voient un minimum de 10 patients par jour dans les cliniques sans rendez-vous.	71 %	100 % (V)

Légende
Rouge (R) = Non atteinte (écart important à la cible).
Jaune (J) = En voie d'atteinte.
Vert (V) = Atteinte à 100 %.

[5] Les points de départ ont été modifiés par rapport au plan annuel 2017-2018 dû à une méthode de calcul raffinée ou à l'amélioration de la qualité des données.
[6] Les priorités 4 ou 5 sont associées à des investigations ou interventions qui peuvent être retardées ou référées vers d'autres ressources.

Projets liés à l'atteinte des cibles de la priorité 2

Projet 1 - Réviser les trajectoires reliées à l'accessibilité des services de santé mentale (accueil, orientation et référence / accueil santé et guichet d'accès)

Degré d'avancement du projet : 10 %

- Production d'un plan d'action, en collaboration avec la Direction du programme jeunesse-famille (DPJF) et le Centre national d'excellence en santé mentale, concernant l'offre de service santé mentale jeunesse .
    - Objectifs visés : élaborer la trajectoire et l'offre de service en santé mentale jeunesse afin de diminuer le délai d'accès aux services de 1re ligne et harmoniser le guichet d'accès pour les services de santé mentale.

Projet 2 - Transférer les ressources professionnelles (principalement des travailleurs sociaux et des infirmières cliniciennes) aux GMF

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Projet découlant de la mise en application du *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille* (GMF) visant l'amélioration de l'accès à un médecin de famille;
- Ressources professionnelles attribuées, selon le niveau du GMF : infirmières cliniciennes, travailleurs sociaux et autres professionnels (nutritionniste, kinésiologue, physiothérapeute, ergothérapeute, inhalothérapeute, psychologue (GMF-U)).

Résultats

- Hausse des professionnels équivalents temps complet (ETC) entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018 : de 121,0 à 132,0 ETC dus aux rehaussements de niveau des GMF qui sont reliés à l'augmentation du nombre d'inscriptions auprès des médecins des GMF;
- Augmentation du nombre d'ETC attribué par l'établissement aux GMF de la région : de 107,2 ETC à 118,6 ETC, faisant passer le pourcentage de ressources professionnelles attribuées de 88,6 % à 89,8 %;
- Bien que la cible soit de 100 %, en raison des variations des niveaux des GMF, des absences ainsi que des départs, le maintien de cette cible de façon continue reste un défi.

Portrait de la délocalisation des professionnels en GMF au 31 mars 2018

Au 31 mars 2017	Infirmières cliniciennes			Travailleurs sociaux			Autres professionnels			Total		
	ETC alloué	ETC en place	%	ETC alloué	ETC en place	%	ETC alloué	ETC en place	%	ETC alloué	ETC en place	%
Haut-Saint-Maurice	1,5	1,5	100,0	1,0	1,0	100,0	0,5	0,5	100,0	3,0	3,0	100,0
Vallée-de-la-Batiscan	3,0	3,0	100,0	1,5	1,5	100,0	1,5	0,5	33,3	6,0	5,0	83,3
Centre-de-la-Mauricie	6,5	6,5	100,0	3,5	1,0	28,6	3,0	2,0	66,7	13,0	9,5	73,1
Maskinongé	2,0	2,0	100,0	1,0	1,0	100,0	1,0	1,0	100,0	4,0	4,0	100,0
Trois-Rivières	14,5	14,5	100,0	8,0	7,0	87,5	6,5	4,9	75,4	29,0	26,4	91,0
Bécancour-Nicolet-Yamaska	7,5	7,5	100,0	4,0	3,0	75,0	3,5	3,5	100,0	15,0	14,0	93,3
Drummond	14,0	13,0	92,9	8,0	8,0	100,0	6,0	4,5	75,0	28,0	25,5	91,1
Arthabaska-et-de-l'Érable	11,5	11,5	100,0	6,0	5,8	96,7	5,5	2,5	45,5	23,0	19,8	86,1
Région MCQ	**60,5**	**59,5**	**98,3**	**33,0**	**28,3**	**85,8**	**27,5**	**19,4**	**70,5**	**121,0**	**107,2**	**88,6**

Au 31 mars 2018	Infirmières cliniciennes			Travailleurs sociaux			Autres professionnels			Total		
	ETC alloué	ETC en place	%	ETC alloué	ETC en place	%	ETC alloué	ETC en place	%	ETC alloué	ETC en place	%
Haut-Saint-Maurice	2,0	2,0	100,0	1,0	1,0	100,0	1,0	1,0	100,0	4,0	4,0	100,0
Vallée-de-la-Batiscan	4,0	3,0	75,0	2,0	2,0	100,0	2,0	1,5	75,0	8,0	6,5	81,3
Centre-de-la-Mauricie	7,5	6,0	80,0	4,5	3,0	66,7	3,0	2,2	73,3	15,0	11,2	74,7
Maskinongé	2,0	1,0	50,0	1,0	1,0	100,0	1,0	1,0	100,0	4,0	3,0	75,0
Trois-Rivières	17,0	13,9	81,8	9,0	8,1	90,0	8,0	6,8	85,0	34,0	28,8	84,7
Bécancour-Nicolet-Yamaska	7,5	7,5	100,0	4,0	4,0	100,0	3,5	3,5	100,0	15,0	15,0	100,0
Drummond	14,5	13,0	89,7	8,0	8,0	100,0	6,5	6,1	93,8	29,0	27,1	93,4
Arthabaska-et-de-l'Érable	11,5	11,5	100,0	6,0	6,0	100,0	5,5	5,5	100,0	23,0	23,0	100,0
Région MCQ	**66,0**	**57,9**	**87,7**	**35,5**	**33,1**	**93,2**	**30,5**	**27,6**	**90,5**	**132,0**	**118,6**	**89,8**

Projet 3 – Déployer la pratique d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) : Clinique universitaire en sciences infirmières (CUSI-UQTR), pour les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et en soins à domicile (SAD)

Degré d'avancement du projet : 50 %

- Postes combinés avec l'UQTR pour la clinique multidisciplinaire en santé :
  - Dotation de deux postes d'IPSPL du CIUSSS MCQ combinés à l'enseignement avec l'UQTR;
  - Ouverture progressive du Pavillon de la santé depuis le 8 janvier 2018;
  - Présence de trois médecins partenaires.
- Projet Vitrine en CHSLD
  - Projet de recherche Vitrine terminé;
  - Consolidation de postes en place;
  - Formation des IPSPL afin qu'elles puissent œuvrer en CHSLD et dans de nouveaux milieux en développement (à venir).
- Organisation de la pratique d'IPSPL en SAD
  - Cinq IPSPL en SAD avec leurs médecins GMF;
  - Un poste octroyé de services SAD à doter;
  - Formation et organisation du travail IPSPL en collaboration avec médecins GMF et SAD à venir.

Projet 4 - Organiser les services de 1re ligne en santé primaire afin d'implanter deux GMF-R, dont un à Trois-Rivières et un à Shawinigan

Degré d'avancement du projet : 50 %

- Ouverture progressive, depuis le 9 avril 2018, du GMF-R de Trois-Rivières, situé sur le boulevard Du Carmel;
- Ressources professionnelles fournies : 4,0 équivalents temps complet (ETC) d'infirmières auxiliaires, 1,0 ETC d'infirmière technicienne et 1,0 ETC d'infirmière clinicienne;
- Mise en place d'un service de prélèvements pour la clientèle à l'intérieur du GMF-R;
- Travaux toujours en cours pour la mise en place du modèle GMF-R ou d'un modèle alternatif à Shawinigan dans le secteur Grand-Mère.

Projet 5 - Réaliser la transformation de l'offre de service de l'urgence de Cloutier-du Rivage dans le but de maintenir des services médicaux de proximité

Degré d'avancement du projet : 50 %

- Projet aboli découlant de la confirmation du MSSS du statut d'urgence de première ligne du Centre Cloutier-du Rivage;
- Ajout de cinq médecins selon le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) qui est venu consolider l'équipe médicale et infirmière.

Autres indicateurs liés à la priorité 2

Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)

Patients enregistrés au GAMF en attente d'attribution à un médecin de famille

RLS	31 mars 2017	31 mars 2018
Haut Saint-Maurice	305	**182**
Vallée-de-la-Batiscan	637	**354**
Centre-de-la-Mauricie	3 637	**3 131**
Maskinongé	994	**391**
Trois-Rivières	9 763	**5 129**
Bécancour-Nicolet-Yamaska	685	**496**
Drummond	4 755	**5 262**
Arthabaska-et-de-l'Érable	6 339	**1 117**
Région MCQ	**27 115**	**16 062**

Diminution de 40,8 % de personnes enregistrées au GAMF en attente d'attribution d'un médecin de famille

Population admissible

RLS	2017	2018
Haut-Saint-Maurice	14 393	14 350
Vallée-de-la-Batiscan	24 805	24 902
Centre-de-la-Mauricie	62 570	62 590
Maskinongé	22 310	22 336
Trois-Rivières	134 206	135 020
Bécancour-Nicolet-Yamaska	42 700	43 034
Drummond	100 650	102 074
Arthabaska-et-de-l'Érable	93 393	93 987
Région MCQ	**495 027**	**498 293**

Hausse du pourcentage de personnes habitant la région et étant inscrites auprès d'un médecin de famille (83,61 % au 31 mars 2017 à 88,08 % au 31 mars 2018) malgré une augmentation de la population admissible selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2018.

Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille

Date des données *Date d'extraction*	2017-04-01 *2018-04-11*		2018-03-31 *2018-04-16*	
RLS	**Nombre**	**Pourcentage**	**Nombre**	**Pourcentage**
Haut-Saint-Maurice	10 947	76,06 %	11 629	81,04 %
Vallée-de-la-Batiscan	22 340	90,06 %	22 980	92,28 %
Centre-de-la-Mauricie	52 957	84,64 %	55 273	88,31 %
Maskinongé	19 515	87,47 %	20 242	90,63 %
Trois-Rivières	107 418	80,04 %	115 851	85,80 %
Bécancour-Nicolet-Yamaska	38 238	89,55 %	39 198	91,09 %
Drummond	87 804	87,24 %	91 358	89,50 %
Arthabaska-et-de-l'Érable	74 669	79,95 %	82 362	87,63 %
Région MCQ	**413 888**	**83,61 %**	**438 893**	**88,08 %**

Augmentation de 25 005 personnes inscrites auprès d'un médecin de famille : 413 888 à 438 893.

Patients orphelins

- 59 400 personnes (11,92 %) au 31 mars 2018 n'étaient pas inscrites auprès d'un médecin de famille (orphelins), comparativement à 81 139 (16,39 %) à pareille date en 2017.

Groupes de médecine de famille (GMF)

Nombre de GMF par RLS

RLS	2017	2018
Haut-Saint-Maurice	1	1
Vallée-de-la-Batiscan	1	1
Centre-de-la-Mauricie	3	3
Maskinongé	1	1
Trois-Rivières	6	6
Bécancour-Nicolet-Yamaska	3	3
Drummond	7	7
Arthabaska-et-de-l'Érable	3	3
Région MCQ	**25**	**25**

- 25 GMF, incluant 3 GMF-U, répartis sur 60 sites incluant :
  - 2 GMF publics, 5 GMF mixtes et 18 GMF privés.

Nombre de médecins membres des GMF

Date des données *Date d'extraction*	**2017-04-01** *2018-04-11*	**2018-03-31** *2018-04-16*
RLS	**2017**	**2018**
Haut-Saint-Maurice	13	14
Vallée-de-la-Batiscan	21	23
Centre-de-la-Mauricie	39	416
Maskinongé	11	12
Trois-Rivières	98	105
Bécancour – Nicolet-Yamaska	46	45
Drummond	70	73
Arthabaska-et-de-l'Érable	62	69
Région MCQ	**360**	**386**

386 médecins sont membres de ces GMF, comparativement à 360 en 2017.

Nombre de nouveaux médecins omnipraticiens qui intégreront le RLS

RLS	2017	Postes octroyés pour 2018
Haut-Saint-Maurice	2	1
Vallée-de-la-Batiscan	2	1
Centre-de-la-Mauricie	8	6
Maskinongé	3	4
Trois-Rivières	10	9
Bécancour-Nicolet-Yamaska	2	5
Drummond	6	9
Arthabaska-et-de-l'Érable	7	8
Région MCQ	**40**	**43**

Nombre d'inscriptions auprès des médecins membres des GMF

Date des données *Date d'extraction*	**2017-04-01** *2018-04-11*	**2018-03-31** *2018-04-16*
RLS	**2017**	**2018**
Haut-Saint-Maurice	10 316	10 949
Vallée-de-la-Batiscan	19 297	20 050
Centre-de-la-Mauricie	36 109	37 038
Maskinongé	11 963	12 687
Trois-Rivières	90 317	98 471
Bécancour-Nicolet-Yamaska	40 053	40 216
Drummond	83 670	87 044
Arthabaska-et-de-l'Érable	70 650	78 910
Région MCQ	**362 375**	**385 365**

Hausse d'inscriptions auprès des médecins de 362 375 personnes au 31 mars 2017 à 385 365 au 31 mars 2018.

Taux d'assiduité des GMF

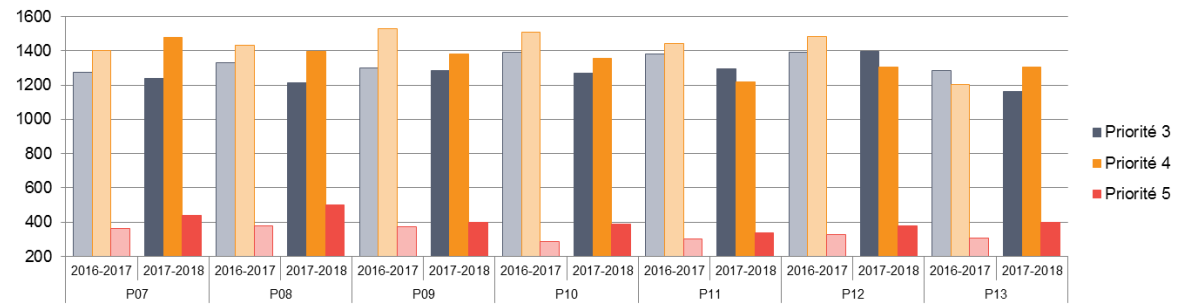
RLS	2016-03-16 au 2017-03-15	2017-03-16 au 2018-03-15
Haut-Saint-Maurice	77,2 %	79,0 %
Vallée-de-la-Batiscan	87,8 %	89,6 %
Centre-de-la-Mauricie	86,1 %	85,8 %
Maskinongé	73,2 %	78,3 %
Trois-Rivières	87,3 %	88,9 %
Bécancour-Nicolet-Yamaska	81,0 %	81,8 %
Drummond	89,3 %	89,6 %
Arthabaska-et-de-l'Érable	85,9 %	86,1 %
Région MCQ	**85,9 %**	**86,9 %**

Augmentation du taux d'assiduité des GMF de la région : de 85,9 % l'an passé à 86,9 % pour la période du 16 mars 2017 au 15 mars 2018.

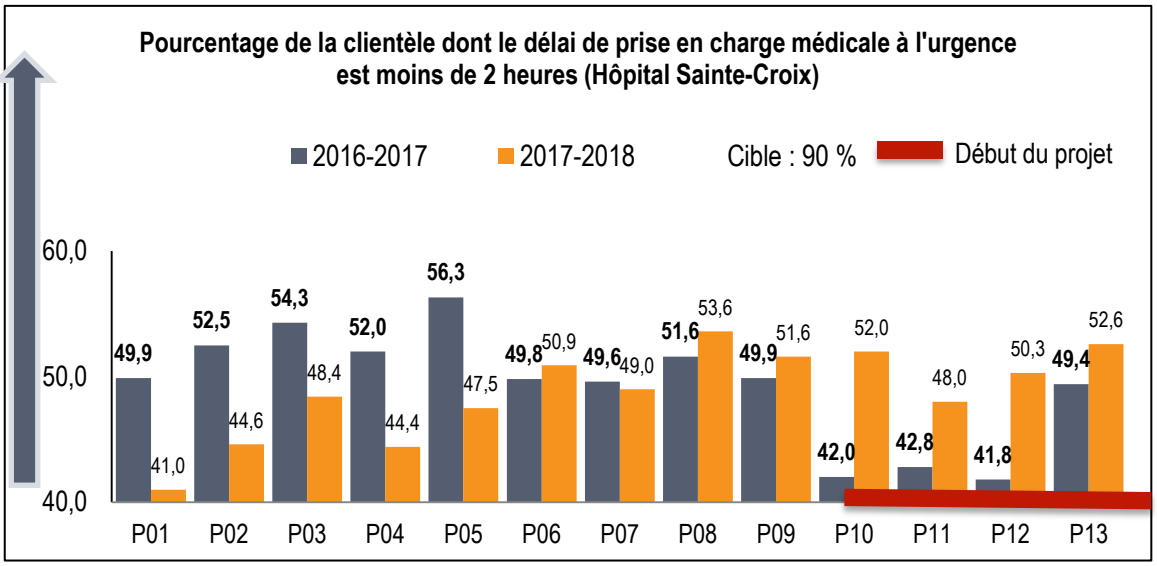
Première ligne et urgences

- Mise en place du projet Vitrine afin d'améliorer l'accès à la première ligne.
  - Objectif : offrir une alternative à la consultation dans les salles d'urgence pour un besoin non urgent et répondre adéquatement aux besoins pour une consultation urgente.
- Création d'une règle de soins CIUSSS MCQ intitulée *Réorientation de la clientèle évaluée à l'urgence vers une ressource mieux adaptée à leurs besoins ou vers un retour à domicile*.
- Début des activités de la clinique médicale ambulatoire de Drummondville (CMAD) avec un premier point de service le 3 octobre 2017 suivi d'un deuxième le 8 janvier 2018.
  - Résultats : En date du 31 mars 2018, la clinique médicale a permis à 6 626 usagers, dont 1 928 sans médecin de famille, d'obtenir une consultation médicale. Cette clinique a contribué à diminuer de 781 (3,9 %) le nombre de visites en salle d'urgence de Drummondville au cours des périodes 8 à 13 de l'année financière 2017-2018 comparativement aux mêmes périodes de l'année 2016-2017. On remarque toutefois une hausse de la clientèle avec une priorité 5 pour l'année financière 2017-2018 qui s'explique par de nombreux usagers se présentant avec des symptômes d'allure grippale ainsi que par la fermeture du Réseau d'accessibilité médicale Drummond (RAMD).

Comparatif des visites à l'Urgence de Drummondville de la clientèle ambulatoire (P3, P4, P5) aux périodes 7 à 13 des années 2016-2017 (avant CMAD) et 2017-2018 (après CMAD)



- Implantation le 6 novembre 2017 d'un projet d'organisation médicale pour le volet ambulatoire de l'urgence de Drummondville afin de diminuer le délai de prise en charge médicale à moins de 2 heures. Déjà, les résultats sont concluants.



Soins intensifs et coronariens

- Implication de deux usagers partenaires au sein des comités cliniques
- Suivi de 9 indicateurs, dont un portant sur le taux d'appréciation de l'expérience de l'usager et de ses proches : Cible ≤ 80 % / Résultat = 98 %.
  - L'outil utilisé permet de sonder l'expérience des usagers et leurs proches, de valider le respect de certains indicateurs de qualité selon la perspective de ces derniers et d'apporter des correctifs.
- Offre de service améliorée avec l'arrivée de l'hémodynamie de l'Unité de soins intensifs cardiaques (USIC) du CHAUR.
  - Le personnel s'est perfectionné sur le plan clinique et théorique pour assurer sa mission. Dorénavant, plusieurs techniques sont effectuées à l'USIC, dont l'insertion du ballon intra-aortique, une technique invasive qui permet de soutenir le muscle cardiaque lorsqu'il est en souffrance.

Soins infirmiers courants

- Harmonisation de l'offre de service débutée
- Consolidation de la Clinique Acokan à La Tuque
- Réorganisation du travail amorcée dans les cliniques des réfugiés

Maladies chroniques

- Réalisation de l'atelier COMPAS MPOC (BNY)
- Transformation de l'outil DIABETE MC
- Réalisation d'un colloque en maladies chroniques au CIUSSS MCQ
- Mise en place d'une équipe dédiée à la coordination des maladies chroniques.

Info-Social

- Atteinte de la cible de 93,5 % de prise en charge des appels en moins de 4 minutes.
- Mise en place d'un projet pilote en collaboration avec la centrale de répartition de la Direction de la police de Trois-Rivières, permettant de rediriger la clientèle ciblée qui présente un besoin psychosocial vers les services Info-Social.

- Travaux en cours en collaboration avec l'accueil psychosocial, pour la mise en place de la complétion des demandes de services par Info-Social pour les appelants nécessitant une ouverture de dossier, pour diminuer les délais d'accès aux services psychosociaux et la duplication des évaluations.
- Travaux en cours en collaboration avec le Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CCS MCQ,) afin de mettre en place une trajectoire pour rediriger les clientèles ciblées avec un besoin psychosocial vers Info-Social.

Info-Santé

- Prise en charge de la clientèle du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Augmentation du nombre d'appels de 12 % dans la région.
- Augmentation du nombre d'appels non répondus ne permettant pas d'atteindre la cible fixée de 15 %. Situation qui découle d'une pénurie provinciale en soins infirmiers dans les secteurs d'Info-Santé.
- Mise en place de balises avec le soutien à domicile et les groupes de médecine familiale pour permettre de mieux desservir la clientèle enregistrée à Info-Santé.
- Amélioration de l'accès aux informations cliniques des appelants en permettant l'accès au Dossier Santé Québec par les infirmières d'Info-Santé.

Services préhospitaliers d'urgence

- Formation de 370 techniciens ambulanciers paramédics sur l'Échelle Québécoise de triage préhospitalier en traumatologie : déploiement en 2018-2019.
- Transformation des horaires de faction de certaines entreprises ambulancières en horaires à l'heure.

3.3.3 Priorité 3 – L'intégration et la continuité des soins et services

Cibles et résultats

Cibles	Points de départ[7]	Résultats au 31 mars 2018
Trajectoire de l'épisode de soins		
Réduire à moins de 7 % la proportion moyenne d'usagers requérant un niveau de soins alternatifs (NSA) occupant des lits de courte durée.	7,5 %	7,5 % (J)
Réduire de 0,5 jour la durée moyenne de séjour globale en hospitalisation.	7,7 jours	7,9 jours (J)
Trajectoire Jeunes en difficulté pour motif de négligence*		
Augmenter à 80 % la proportion de jeunes de 0-12 ans pris en charge en service de proximité pour motif de négligence dans un délai inférieur à 30 jours.	67,9 %	58,3 % (R)
Prise en charge de l'infarctus du myocarde aigu avec segment ST		
Réduire à 120 minutes ou moins le délai médian à partir du triage de l'urgence (premier hôpital) jusqu'à l'intervention coronarienne percutanée pour l'ensemble de nos sites référents). *[Proportion de patients dans un délai ≤ 30 minutes du triage à l'urgence à l'administration de la fibrinolyse.]*	80 %	40 % (R) Selon les sites : entre 0 à 62 %
Réduire à 120 minutes ou moins le délai médian à partir du triage de l'urgence (premier hôpital) jusqu'à l'intervention coronarienne percutanée pour l'ensemble de nos sites référents).	75 %	

[7] Les points de départ ont été modifiés par rapport au plan annuel 2017-2018 dû à une méthode de calcul raffinée ou à l'amélioration de la qualité des données.

Cibles	Points de départ[7]	Résultats au 31 mars 2018
[Proportion de patients dans un délai ≤ 90 minutes du premier contact médical (PCM) à l'intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP)]		
Fluidité des épisodes de services en santé mentale et dépendance chez les adultes		
Réduire à 4,8 % ou moins la proportion d'usagers qui reviennent à l'urgence pour des problèmes de santé mentale à l'intérieur de 7 jours.	5,8 %	4,9 % (J)
Trajectoires en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique pour les enfants de 0 à 7 ans		
Diminuer de 0,4 an l'âge moyen des enfants qui obtiennent des services spécialisés.	3,9 ans	4,22 ans (J)

**Les données ne tiennent pas compte de la prise en charge des parents qui précède les services directs à l'enfant.*

Légende
Rouge (R) = Non atteinte (écart important à la cible).
Jaune (J) = En voie d'atteinte.
Vert (V) = Atteinte à 100 %.

Trajectoire Jeunes en difficulté pour motif de négligence
Le nombre d'enfants et de jeunes ayant besoin de services dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse demeure élevé en Mauricie et au Centre-du-Québec. Le taux de signalements pour motifs de négligence, soit 17,5/1000 jeunes, est parmi les plus élevés au Québec.

De ce fait, un projet visant à diminuer le taux de signalements pour motif de négligence a été élaboré par la DPJF et la DPJ-DP au cours de l'année. Les plans d'action qui en découlent sont en cours, notamment l'harmonisation du programme intégré en négligence.

Prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)
À l'automne, 2017, à la suite de la diffusion des nouvelles lignes directrices et recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), le comité régional de cardiologie a revu les indicateurs du suivi de la clientèle ayant subi un IAMEST. Selon l'INESSS, il y a deux traitements recommandés pour ces usagers, soit l'administration de fibrinolyse et l'intervention coronarienne percutanée (ICP).

- Recommandation Fibrinolyse : Pour un hôpital n'offrant pas l'ICP, il doit viser la cible de traiter au moins 75 % de ses patients dans le délai maximal recommandé ≤ à 30 minutes entre le triage à l'urgence et l'administration de la fibrinolyse, pour toutes les personnes se présentant sur pied ou par ambulance et si l'installation est à plus de 45 minutes de transport du centre ICP.
- Recommandation ICP : Elle est recommandée lors d'un IAMEST dont l'accès à un centre d'hémodynamie est disponible soit :
  - 75 % des usagers ont un délai médian d'intervention ≤ 120 minutes à partir du triage de l'urgence (du premier hôpital incluant le temps du transfert au second hôpital) jusqu'à ICP pour l'ensemble des sites référents vers un centre d'hémodynamie.
  - 75 % des usagers : délai médiant de ICP ≤ 90 minutes à partir d'un premier contact médical (technicien paramédic ou triage de l'urgence) jusqu'à l'ICP (admission directe dans un centre ICP).

Par ailleurs, voici les travaux réalisés par les différents comités œuvrant sur le continuum de cardiologie en 2017-2018 :

- Identification d'un processus clair afin d'obtenir des données fiables et disponibles en temps opportun, incluant la révision des rôles et responsabilités de chacun des acteurs.
- Actions visant l'amélioration des trajectoires de services (accès aux traitements appropriés dans les délais recommandés et conformes aux pratiques optimales).

- Planification des nouvelles trajectoires de services incluant les contournements applicables au printemps 2018 par les services préhospitaliers, les services hospitaliers d'urgence et les centres d'hémodynamie, etc.

Plusieurs facteurs influencent ces résultats, notamment la condition clinique de l'usager, l'ouverture graduelle du service d'hémodynamie, etc. Chaque dossier est analysé afin de corriger les écarts identifiés.

Fibrinolyse

Cible 75 % des usagers avec un traitement de la fibrinolyse ≤ 30 minutes à partir de l'arrivée au triage.				
Installations	**Nombre d'usagers avec IAMEST[8]**		**% des usagers avec un délai de 1er contact médical (triage) à la fibrinolyse ≤ 30 minutes**	
	2016-2017	**2017-2018**	**2016-2017**	**2017-2018**
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	61	**54**	77 %	**61 %**
Centre de services du Haut Saint-Maurice	6	**12**	60 %	**63 %**

Intervention coronarienne primaire percutanée

Cible 75 % des usagers avec un délai de ICP ≤ 120 minutes pour un usager qui arrive d'un centre référent.				
Installations	**Nombre d'usagers avec IAMEST**		**% des usagers avec un délai à l'ICP ≤ 120 minutes pour un usager qui arrive d'un centre référent.**	
	2016-2017	**2017-2018**	**2016-2017**	**2017-2018**
Hôpital Ste-Croix (lui-même[9])	19	26	67 %	74 %
Hôpital Ste-Croix (ambulance)	43	38	46 %	52 %
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (lui-même)	9	12	0 %	67 %
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (ambulance)	39	34	N/A[10]	35 %
Centre de services Avellin-Dalcourt (lui-même)	10	10	N/A	40 %
Centre de services Avellin-Dalcourt (ambulance)	17	4	N/A	0 %
Centre Christ-Roi (lui-même)	1	3	N/A	33 %
Centre Christ-Roi (ambulance)	1	3	N/A	50 %
Centre Cloutier-du-Rivage (lui-même)	4	4	N/A	100 %
Centre Fortierville (lui-même ou ambulance)	3	6	N/A	N/A
CHAUR (lui-même)	30	23	0 %	*38 %
CHAUR (ambulance)	54	75	0 %	*20 %

**Information de l'indicateur pour les usagers avec un délai de ICP ≤ 90 minutes pour un usager qui arrive à un centre ICPP.*
Note : *Pour l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie et Centre de services Avellin-Dalcourt, les deux stratégies de traitement étaient disponibles du 1er avril 2017 jusqu'en septembre 2017.*

[8] IAMEST : Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST.
[9] Lui-même : Usager arrivé sur pied par ses propres moyens.
[10] N/A= Information non applicable parce que cette donnée ne s'applique pas à cause du type de stratégie et du mode de transport d'arrivée.

Projets liés à l'atteinte des cibles de la priorité 3

Pour atteindre les cibles, 22 projets ont été mis en place ou se sont poursuivis. Voici l'avancement de ceux-ci pour l'année 2017-2018 :

Projet 1 - Améliorer les trajectoires de services en intégration communautaire sous l'angle de la pertinence clinique et de l'harmonisation des pratiques en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA).

Degré d'avancement du projet : 50 % ou moins

- Contexte : La trajectoire de services en intégration communautaire débute au moment où le jeune adulte termine son parcours scolaire. L'usager adulte choisit alors une activité de jour ou une activité vocationnelle durant sa vie adulte en fonction de ses intérêts, ses forces et ses capacités. Ces milieux peuvent être divers, mais ce projet se concentre exclusivement à la fréquentation de milieux communautaires.
- Objectif : le projet vise à améliorer le parcours d'intégration communautaire en bonifiant l'offre de service pour répondre davantage aux besoins des usagers.
- Actions : ententes convenues avec trois organismes communautaires dont la mission sociale répond aux besoins occupationnels de la clientèle.
    - Accueil de 26 usagers provenant du programme DI-TSA-DP du CIUSSS MCQ qui vivent des activités de jour ou des activités vocationnelles à une fréquence et une intensité diverses (demi-journée ou journée complète, à une ou plusieurs journées par semaine) en fonction de leurs besoins et objectifs personnels.
    - Service de soutien aux partenaires auprès de ces organismes afin d'assurer un partage de connaissances au bénéfice des usagers ayant une DI ou un TSA.

RLS	Organismes communautaires	Nombre de jours de fréquentation hebdomadaire*	Nombre d'usagers bénéficiant de ces places
Haut Saint-Maurice	La Source - Association de personnes handicapées du Haut Saint-Maurice inc.	17	5
Énergie	Association pour la déficience intellectuelle du Centre Mauricie (ADI)	40	15
Drummondville	Parrainage civique Drummondville	12	6

** Réservés exclusivement pour les usagers référés par le CIUSSS MCQ.*

Projet 2 - Réorganiser les lits d'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)[11].

Degré d'avancement du projet : 60-70 %

- Objectif : transformation de l'offre de service des lits post-hospitalisation, des unités de courte durée gériatrique (UCDG) et des URFI afin d'améliorer l'efficience de ces secteurs par la révision des trajectoires de services pour assurer l'harmonisation au sein du CIUSSS MCQ.

[11] Cette réorganisation se fait dans le but de déterminer l'organisation optimale pour répondre aux besoins en déficience physique.

- Actuellement, les services en déficience motrice adulte incluent 5 URFI pour un total de 79 lits.

Noms des installations	Nb de places
URFI	
Centre d'hébergement du Roseau, Victoriaville	12
Hôpital Sainte-Croix, Drummondville	12
Cooke traumatologie et déficience motrice interne 16 ans et plus, Trois-Rivières; spécialisée régionale	40
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie, Shawinigan	13
Centre de services du Haut-Saint-Maurice, La Tuque	2

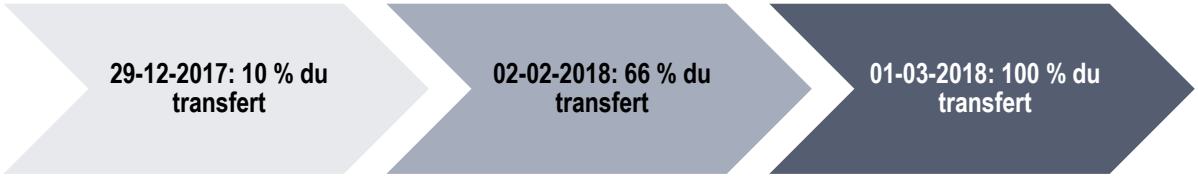
Réalisations :

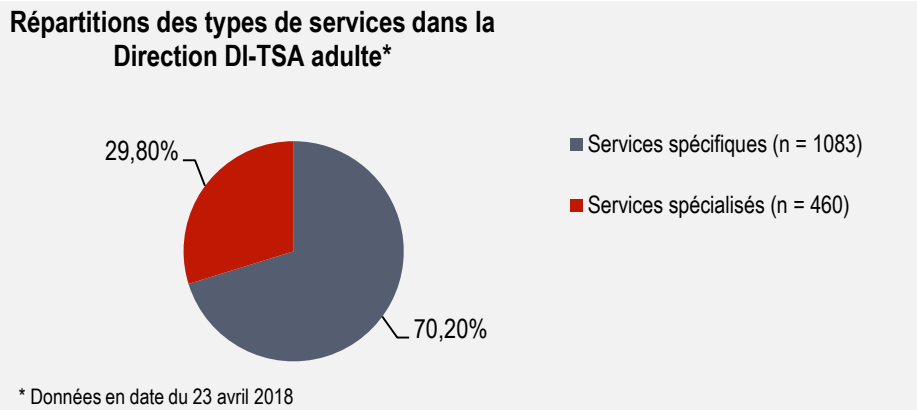
- Dresser le portrait de la situation actuelle;
- Définir la trajectoire en déficience physique et identifier les ressources humaines et matérielles requises afin de répondre aux meilleures pratiques en URFI;
- Harmoniser l'offre de service pour les URFI (actuellement en cours);
- Identifier et offrir des formations aux employés sur cette nouvelle offre de service en fonction de la trajectoire créée;
- Sensibiliser et former pour une meilleure compréhension de la mission des URFI en déficience physique afin d'améliorer la fluidité des lits et éviter les NSA;
- Contribuer activement au comité de fluidité des lits avec les directions partenaires;
- Évaluer les collaborations avec les UCDG et les UTRF dans chaque URFI locale pour une utilisation optimale des ressources humaines.

Projet 3 - Adapter l'offre de services spécialisés-spécifiques avec transfert d'usagers DI-TSA 22 ans et plus des services spécialisés vers les services spécifiques.

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Contexte : L'évolution de la gamme de services offerte par le programme DI-TSA-DP a nécessité de réorganiser les services selon le modèle proposé par le Cadre de référence ministériel (2017). Les services de types spécifiques et spécialisés sont différents de par l'intensité et la nature du soutien requis par l'usager et ses proches ainsi que par l'expertise que requiert l'équipe clinique.
- Résultats : 498 usagers adultes ont été transférés des services spécialisés vers les services spécifiques afin d'offrir une réponse ajustée aux besoins de ces personnes. Au terme de ce projet, le nombre d'usagers adulte recevant des services spécifiques en DI-TSA est passé de 585 à 1083.





Projet 4 - Implanter le *Plan Territorial Amélioration Accessibilité et Continuité (PTAAC)* incluant le guichet d'accès pour l'accueil-évaluation-orientation (AEO) en DI-TSA.

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Objectif : Créer un point d'entrée unique pour la trajectoire de services spécifiques et spécialisés pour la clientèle DI-TSA-DP afin de permettre un accès simplifié aux services pour l'usager, ses proches ainsi que les référents internes et externes.
- En plus de juger de l'admissibilité aux services, le guichet d'accès permet d'assurer l'accompagnement de l'usager et ses proches dans le processus de traitement de sa demande.
- Bénéfices du guichet unique : amélioration au niveau de la simplicité et de la rapidité d'accès aux services DI-TSA-DP, continuité des services DI-TSA-DP et satisfaction de la clientèle.

Projet 5 - Mettre en place le nouveau mode d'organisation des services et l'offre de service pour la clientèle 0-7 ans en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP).

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Objectif : Ce projet est inscrit dans le plan stratégique de l'établissement (objectif 13.2). Il visait plusieurs améliorations dans le parcours de service, dont la continuité et une réponse adaptée aux besoins de l'usager et de sa famille.

- La révision de l'organisation des services s'est réalisée à partir de trois projets :
  1) Optimiser l'organisation des services du programme DI-TSA-DP 0-7 ans lors des six premiers mois à la suite de la décision de l'accueil-évaluation-orientation-liaison (AEOL).
  2) Offrir dans les six premiers mois, à la suite de la décision de l'AEOL, un accès rapide à une intervention précoce et efficace pour la clientèle.
  3) Réviser des activités diagnostiques des enfants 0-7 ans ayant eu un dépistage positif TSA afin de réduire les délais d'obtention du diagnostic pour les usagers et leur famille.
- Résultats :
  - Assignation d'un intervenant pivot pour 100 % des usagers – parents;
  - Satisfaction élevée à propos des courts délais et de la qualité des services;
  - Collaboration avec le corps médical (pédiatre dédié) pour contribuer à l'évaluation diagnostique sur l'ensemble des RLS;
  - Concertation interprofessionnelle autour de l'enfant;
  - Rapidité et fluidité pour l'obtention du diagnostic;
  - Communication des travaux à l'ensemble des GMF favorisant la collaboration et l'implication de différents partenaires de services;
  - 261 enfants desservis;
  - Durée moyenne du service de 4,1 mois.

Projet 6 - Mettre en place une unité de réadaptation pour les adolescents qui ont une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme avec troubles graves du comportement.

Degré d'avancement du projet : 50 % ou moins

- Objectif : Ce projet vise la création d'un service de traitement intensif pour les jeunes de 8 à 16 ans multiproblématique à profil complexe et sera réalisé conjointement avec la direction des programmes Jeunesse-Famille.
- Financement sur trois ans du MSSS afin de développer, implanter et évaluer une nouvelle programmation clinique adaptée aux besoins de cette clientèle.
- Collaboration de la Direction de l'enseignement universitaire, recherche et innovation (DEURI), un incontournable qui permettra de documenter la démarche, identifier les meilleures pratiques et ultimement, développer une pratique de pointe.
- 2018-2019 sera essentiellement basée sur le développement de la nouvelle programmation clinique, sur le réaménagement des lieux, ainsi que sur l'identification du profil de la clientèle et du personnel requis.

Projet 7 - Implanter la vérification complémentaire terrain dans tous les cas de signalement pour motif de négligence.

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Contexte : La protection d'un enfant étant une responsabilité collective, l'ensemble des acteurs qui gravitent autour d'une famille peut aussi être interpellé afin de fournir de l'information complémentaire lorsqu'ils ont un lien avec la famille. C'est ainsi que, dans certaines situations, cette information permet d'agir en amont lorsque pertinent, en accompagnant cette clientèle vers les services requis.

- Objectif : Accompagner et soutenir le réseautage en faisant connaître la gamme de services existante afin de répondre aux besoins.
- Résultat : Cette pratique est maintenant appliquée pour l'ensemble des situations qui le nécessitent.

Projet 8 - Implanter une stratégie de communication dans les équipes du continuum de services clientèle jeunesse vivant des problématiques de négligence.

Degré d'avancement du projet : 60-70 %

- Contexte : La DPJ-DP a travaillé de façon étroite avec la DPJF afin de développer efficacement une gamme de services centrée sur les usagers, adaptée à leurs besoins en tout respect de la loi concernée. Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité étant l'orientation préconisée.

Réalisations :

- Analyse des besoins de tous (100 %) les enfants (1 232 enfants) hébergés en ressources de type familial.
- Analyse des besoins de tous (100 %) les enfants (1 042 enfants) âgés de 0 à 12 ans, maintenus dans leur milieu familial.
  - Objectif : Que tous ces enfants bénéficient de services de qualité afin de bien répondre à leurs besoins.
- Démarche portant sur la gestion du risque, autant en protection de la jeunesse qu'en services de proximité et en santé mentale jeunesse.
  - Résultat : Regrouper tous les intervenants (368 intervenants) autour d'un contenu élaboré par une chercheure de l'Université de Sherbrooke afin de partager les facteurs de risque et les facteurs de protection dans le premier intérêt des enfants.
- Adoption et mise en place d'une communauté de pratiques associée à une équipe de recherche sur le placement et l'adoption en contexte de protection de la jeunesse.

Projet 9 - Réorganiser le jumelage des équipes de l'accueil centralisé sous la Loi de la protection de la jeunesse, la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents et de l'accès aux programmes-services.

Degré d'avancement du projet : 50 % ou moins

- Jumelage des équipes réalisé depuis plusieurs mois.
- Objectif : Fournir le bon service, au bon moment, à la bonne personne pour assurer la réponse aux besoins.
- Résultat : Permettre un partage d'expertises et de connaissances qui soutiennent les décisions cliniques.
- Bon coup : Avec ce jumelage, des programmes de pointe sont maintenant accessibles à toute la clientèle du continuum jeunes en difficulté et santé mentale, permettant aux enfants et aux familles en besoin de services d'en bénéficier.

Projet 10 - Réviser les mécanismes de transfert et de collaboration pour améliorer l'accessibilité, la fluidité et la qualité des services en protection de la jeunesse.

Degré d'avancement du projet : 50 % ou moins

- Contexte : Une préoccupation d'implanter une trajectoire bien définie de services en protection de la jeunesse dès le début de l'intervention.
- Action : La mise en place d'un premier comité de clarification de projet de vie (CPV). Cette rencontre initiale s'installe à l'étape névralgique du choix des mesures en protection de la jeunesse.
- Résultat : Le comité permet d'identifier les programmes et les services nécessaires qui devront être actualisés auprès de la clientèle aux prises avec une problématique de négligence, tout particulièrement pour les enfants âgés entre 0 à 7 ans. Certains processus administratifs ont également été révisés afin d'avoir une trajectoire plus fluide.

Projet 11 - Réorganiser les services jeunesse : vers une intégration des services.

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Enjeu : La trajectoire jeunesse a fait face à un défi de main-d'œuvre préoccupant en raison de la forte demande de services conjuguée à un taux d'absentéisme important.
- Objectif : La nouvelle organisation de services permet d'intervenir de façon systémique auprès de l'enfant, sa famille et sa communauté en évitant les ruptures de services. Des travaux visant à améliorer les trajectoires de services sont en cours, ceci dans le but d'améliorer l'expérience usager.
- Action : La réorganisation des équipes par zone, groupe d'âge et continuum est en cours depuis novembre 2017.
- Résultats : Environ 280 postes ont été comblés. L'intégration aux nouvelles équipes a débuté progressivement le 8 janvier 2018 et est complétée à plus de 85 %. De ce fait, les professionnels œuvrant aux services intégrés en périnatalité et petite enfance sont sous la Direction adjointe – Périnatalité alors que ceux œuvrant au programme d'intervention en négligence sont sous la Direction adjointe – Continuum jeunes en difficulté (0-12 ans).

	Services jeunesse mission CLSC					
	2016-2017			2017-2018		
	Nbre d'usagers[12]	Nbre d'interventions[13]	Nbre moyen d'interventions	Nbre d'usagers	Nbre d'interventions	Nbre moyen d'interventions
Services intégrés en périnatalité et petite enfance	2 542	17 856	7,0	2466	16815	6.8
Services jeunes en difficulté (de proximité) mission CLSC	11074	62553	5.7	10613	57557	5.4

Source : Modélisation I-CLSC par Cognos.

[12] Nombre d'usagers différents CIUSSS MCQ
[13] Nombre d'interventions individuelles, couples et familles

- Diminution du nombre d'usagers et du nombre d'interventions.

	Services en protection de la jeunesse		
	2016	**2017**	**2018**
Volume des usagers en application des mesures	2 204	2 414	2 594
Volume des usagers en attente d'application des mesures	18	74	84

- Hausse du volume des usagers en application des mesures de 390 depuis 2016
- Hausse du volume des usagers en attente d'application des mesures de 66 depuis 2016

Projet 12 - Développer l'offre de service entre le CIUSSS MCQ et les centres de pédiatrie sociale et communautaire du territoire.

Degré d'avancement du projet : 50 % ou moins

- Action : Un nouveau centre de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) a été certifié à l'approche du Dr Julien à Grand-Mère.
- Résultats : Ceci porte à trois le nombre de centres de pédiatrie sociale sur le territoire du CIUSSS MCQ (Drummondville, Trois-Rivières et Grand-Mère). Des partenariats sont en place entre les CPSC et le CIUSSS MCQ.

Projet 13 - Réorganiser l'offre de service en néonatalogie en respect des niveaux de soins attribués par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Actions et résultats : Le recrutement médical intensif et l'arrivée d'une nouvelle pédiatre a permis de rehausser l'offre de services et de respecter le niveau de soins en néonatalogie à Drummondville 24 heures/jour, 7 jours par semaine. Les niveaux de soins sont respectés dans toutes les installations. En situation de haut taux d'occupation, un corridor de services intra CIUSSS est déployé.

Région Mauricie-et-Centre-du-Québec	Installation et distribution des accouchements	État de situation
6 centres offrant des services de néonatalogie • **Niveau 2B :** ≥32 semaines, thérapie intraveineuse, alimentation par gavage, et ventilation nasale (1)	CHAUR (Trois-Rivières) 35 %	**Mission régionale** Niveau de soins néonatals 2B
	HDA (Victoriaville) 25 %	Niveau de soins néonatals 1B
	HSC (Drummond) 22 %	Niveau de soins néonatals 1B

Région Mauricie-et-Centre-du-Québec	Installation et distribution des accouchements	État de situation
• **Niveau 1B :** ≥34 semaines, thérapie intraveineuse, alimentation par gavage (3) • **Niveau 1A :** Soins de base + photothérapie (1) • **Niveau 1 :** Soins de base (1)	HCM (Shawinigan) 11 %	Niveau de soins néonatals 1B
	HSM (La Tuque) 2 %	Niveau de soins néonatals 1A
	Maison de naissance (BNY) 5 %	Niveau de soins néonatals 1

Statistiques sur les naissances par centre hospitalier

Nombre de naissances dans la région par centre hospitalier				
	2014-2015	**2015-2016**	**2016-2017**	**2017-2018**
Hôpital Ste-Croix (Drummond)	1 002	1 073	1 087	1 049
Hôtel-Dieu d'Arthabaska (Victoriaville)	1 069	1 057	1 014	1 002
Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) (Trois-Rivières)	1 750	1 739	1 793	1 682
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (Shawinigan)	555	600	608	501
Centre de services du Haut-Saint-Maurice (La Tuque)	91	104	101	93
TOTAL	**4 417**	**4 573**	**4 603**	**4 327**

Statistiques sur les naissances avec sage-femme

Nombre d'accouchements avec sage-femme selon le lieu d'accouchement				
	2014-2015	**2015-2016**	**2016-2017**	**2017-2018**
Accouchements en maison de naissance	118	130	137	128
Accouchements à domicile	60	63	62	50
Accouchements en CH sous les soins d'une sage-femme	11	12	9	15
Accouchements en CH et transfert au médecin	61	83	57	53
TOTAL	**250**	**288**	**265**	**246**

Projet 14 - Développer 58 nouvelles places afin de libérer les lits de soins actifs dans les centres hospitaliers (NSA)[14].

Degré d'avancement du projet : 60-70 %

- Contexte : Afin de désengorger les urgences et de diminuer le temps d'attente dans les hôpitaux, un investissement de 100 millions de dollars a été annoncé par le MSSS le 7 décembre 2016. Cet investissement permettra de créer, en 2019, 2 125 places pour les personnes qui sont en attente de services en hébergement,

[14] Un niveau de soins alternatifs est présent lorsque la personne encore hospitalisée nécessite des services qui répondent mieux à ses besoins et qui sont offerts par d'autres types de ressources (ex. réadaptation).

en réadaptation et en convalescence, de même qu'en santé mentale. Ainsi, autant de lits de soins aigus se libéreront dans les centres hospitaliers du Québec. L'investissement se décline de la façon suivante :
  - 55 M$ pour 1472 nouvelles places en hébergement pour des personnes âgées en perte d'autonomie;
  - 30,5 M$ pour 446 nouvelles places en santé mentale;
  - 14,5 M$ pour 207 places en réadaptation et en convalescence.

- Concrètement, au CIUSSS MCQ, les investissements se traduisent par l'ajout de 58 nouvelles places permanentes pour améliorer :
  - La fluidité dans les centres hospitaliers : le bon usager, à la bonne place, au bon moment;
  - L'accès aux services de réadaptation intensive (URFI);
  - L'accès à des places d'hébergement en RNI pour les personnes âgées en perte d'autonomie;
  - L'accès à des places supplémentaires en santé mentale favorisant le rétablissement;
  - L'accès à des places dans la communauté (convalescence et réadaptation modérée) qui seront au bénéfice des usagers n'ayant pu retourner à domicile à partir d'une hospitalisation en courte durée et qui permettront à nos intervenants dans le milieu d'avoir le temps requis pour tout mettre en œuvre afin de bien évaluer et orienter les usagers vers le domicile ou, dans le milieu le plus adapté à leur condition tout en offrant dans ces places, des services de réadaptation pour maximiser le potentiel d'autonomie des usagers.
- Objectif : Les développements (à compter du 1er avril 2019 avec un financement récurrent de 1 899 825 $) visent à augmenter le nombre de places afin que les personnes reçoivent les bons services, aux bons endroits, en fonction de leur état de santé.
- Résultats : Au 31 mars 2018, 35 places permanentes sur 58 étaient ouvertes, les 13 autres le seront au cours de l'année 2018-2019. Les 58 places se répartissent ainsi :
  - 32 places en ressources non institutionnelles pour les personnes âgées;
  - 12 places en logement semi-autonomes en santé mentale;
  - 5 places en URFI;
  - 9 places en lits posthospitaliers.

Projet 15 - Réaliser le plan d'action de désengorgement des urgences pour la clientèle en santé mentale pour les cinq centres hospitaliers.

Degré d'avancement du projet : 80 %

- Contexte : Les usagers qui présentent des problèmes de santé mentale font souvent partie du groupe des hauts consommateurs de soins à l'urgence. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec ne fait pas exception à cette règle.
- Actions : Des travaux ont donc été amorcés avec la chaire IRISS de l'UQTR afin de dresser un portrait de la clientèle, plus particulièrement des usagers qui présentent des troubles concomitants de santé mentale et dépendance. Environ 150 dossiers ont été analysés afin de cartographier la trajectoire de soins et services de cette clientèle. La recension des meilleures pratiques à l'égard de cette clientèle est actuellement en cours, ce qui permettra d'élaborer un outil d'aide à la décision.
- Autre action : En parallèle de ces travaux, la DPSMAD suit de près la proportion d'usagers qui reviennent à l'urgence pour des problèmes de santé mentale à l'intérieur de 7 jours.

Taux de retour à l'urgence à l'intérieur de 7 jours pour problèmes de santé mentale – Périodique Cumulatif CIUSSS MCQ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Données 2017-2018	4,4 %	4,4 %	4,3 %	4,6 %	6,5 %	6,5 %	6,6 %	4,0 %	5,3 %	4,3 %	4,2 %	4,6 %	4,9 %

- Constat : Un taux de 4,9 % de retour à l'urgence à l'intérieur de 7 jours pour des problèmes de santé mentale à la période 13, alors que la cible était de 4,8 % ou moins.

Projet 16 - Revoir les modalités d'accès aux services de santé mentale pour l'obtention d'un 1er service.

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Actions et résultats :
  - Bonification de l'offre de service dans plusieurs RLS par la mise en place d'interventions de groupe pour les personnes présentant les problématiques de troubles dépressifs, troubles anxieux et trouble de la personnalité.
  - Création de 11 nouveaux postes dans le cadre du plan d'investissement ministériel, pour soutenir la mise en place des équipes spécialisées du *Programme d'intervention pour les premiers épisodes psychotiques (PIPEP)* pour les adolescents et adultes de 12 à 35 ans.
    - Hausse de la prise en charge de 130 usagers supplémentaires.
  - Mise en place de travaux d'arrimage de trajectoires de service entre Info-Social 811 et les services de l'Accueil-Analyse-Orientation et Référence (AAOR) de tous les RLS afin d'améliorer la fluidité et la continuité des épisodes de soins pour les usagers.
  - Centralisation par le biais d'un numéro régional unique de l'Accueil-évaluation-orientation (AEO) des services en dépendance. L'équipe spécialisée évalue les demandes et les besoins des usagers et assure les suivis dans un délai de moins de 48 heures. Pour l'année 2017-2018 :
    - Hausse de 520 demandes supplémentaires a été observée.
    - Plus de 200 usagers ont été recommandés par les agents de liaison des centres hospitaliers de la région.
    - Malgré la hausse, plus de 93 % des évaluations ont été faites à l'intérieur de 15 jours, et atteignent ainsi la cible ministérielle qui est de 91,9 %.
  - Rencontres avec les directions des CÉGEPS de Trois-Rivières, Drummondville et Shawinigan, ainsi qu'avec l'UQTR pour élaborer un protocole d'entente visant à définir les mécanismes d'accès et les trajectoires de services en vue de l'accès aux évaluations de type diagnostique des étudiants qui présentent un indice de trouble mental.
    - Ententes seront signées sous peu.
  - Mise en place d'un comité d'arrimage entre les intervenants du CIUSSS MCQ et les intervenants du CÉGEP de Trois-Rivières.

Projet 17 - Harmoniser et unifier les guichets d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte (GASMA) répondant aux critères du *Cadre de référence sur la hiérarchisation des services de 1re ligne*.

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Actions et résultats :
  - Utilisation, dès le printemps 2018, de formulaires uniques pour tous les GASMA du territoire. Cela facilitera grandement les références vers les services de la DPSMAD et favorisera le transfert des informations avec les référents, ainsi que l'implication des membres de l'entourage.
  - Révision de l'organisation des services et de la hiérarchisation des soins (projet LEAN au GASMA de Victoriaville).

Projet Lean GASMA VICTORIAVILLE	Usagers soutien intensif dans le milieu (SIM) en attente	Usagers soutien d'intensité variable (SIV) en attente	Personnes en attente d'un service santé mentale (SM)
Révision de l'organisation des services et de la hiérarchisation des soins.	0 usager	0 usager	**Janvier 2017** : plus de 250 personnes **Février 2018** : 39 personnes

  - Mise sur pied d'une offre de service de soutien à l'autogestion des soins dans plusieurs GASMA pour intervenir plus rapidement auprès des usagers.

Projet 18 - Poursuivre les travaux amorcés visant un meilleur arrimage entre le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le soutien d'intensité variable (SIV) en lien avec les travaux du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) afin d'atteindre les standards du MSSS.

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Action : En mai 2017, le CIUSSS MCQ a accueilli la toute première équipe FACT (Flexible Assertive Community Treatment) au sein de la Direction du programme santé mentale adulte et dépendance (DPSMAD) sur le territoire de Bécancour-Nicolet-Yamaska. Le FACT est une méthode d'intervention flexible permettant d'offrir des services dans la communauté aux personnes aux prises avec une maladie mentale grave. Cette méthode, soutenue par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), est un modèle hybride entre le SIM et le SIV et s'adresse aux territoires dont la population se situe entre 20 000 et 50 000 habitants. L'approche FACT permet des interventions axées sur les besoins réels des usagers. Les suivis sont donc flexibles et varient selon le niveau de soins requis par la condition de l'usager. Une seule équipe interdisciplinaire prend en charge la clientèle du territoire et se déploie directement dans le milieu où l'usager demeure. Cette combinaison de flexibilité et de continuité correspond bien à l'évolution naturelle des maladies mentales, caractérisées par des épisodes récurrents. L'approche permet de mieux soutenir les usagers qui présentent des difficultés à s'engager dans les services et qui sont, par conséquent, plus à risque d'hospitalisation et de marginalisation.

- Résultats :

FACT	Nombre d'usagers de mai 2017 à février 2018	Nombre d'interventions de mai 2017 à février 2018
La clientèle de l'équipe FACT a bénéficié d'un nombre moyen de 2,5 rencontres/semaine.	117 usagers	2 473 interventions

- Autre action : Le MSSS a également investi dans les CISSS et CIUSSS afin d'augmenter les effectifs dédiés aux services de soutien dans la communauté pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les montants octroyés par le ministère au CIUSSS MCQ serviront à bonifier les équipes qui assurent le SIM et le SIV.
- Résultats : 12 postes ont été créés dans les équipes SIV et 3 postes dans les équipes SIM, ce qui permettra d'offrir des services à plus de 200 usagers supplémentaires.

Projet 19 - Mettre en place le médecin spécialiste répondant en psychiatrie dans chacun des territoires.

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Actions et résultats :
  - Nomination d'une gestionnaire comme responsable du suivi de la fonction du médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) dans le but de recenser les besoins des partenaires internes et externes.
  - Mise en place de la fonction de MSRP dans plusieurs GMF et GMF-U de la région ayant comme effet d'offrir un soutien clinique aux médecins concernant notamment : les interventions à favoriser avec les usagers qui présentent des problématiques de santé mentale, les mécanismes de référence et d'accès aux services en santé mentale, ainsi que les possibilités d'adaptation des soins et services dans le cadre de leur pratique. Le MSRP peut également soutenir les équipes santé mentale de proximité.

État d'avancement de la fonction de MSRP	
RLS Drummond	• Déployé à 100 %
RLS Trois-Rivières	• Soutien au GMF-U, GMF des Récollets, de Trois-Rivières et du Cap-de-la-Madeleine • Soutien à l'équipe santé mentale de proximité
RLS du Centre-de-la-Mauricie	• En cours d'implantation dans les GMF • Soutien ponctuel à l'UMF • Soutien à l'équipe santé mentale de proximité
RLS Vallée-de-la-Batiscan	• Processus de reconnaissance MSRP en cours pour le secteur des Chenaux
RLS Arthabaska-et-de-l'Érable	• En cours d'implantation
RLS Haut-Saint-Maurice	• En fonction de façon informelle
RLS Bécancour-Nicolet-Yamaska	• Soutien clinique assumé par un omnipraticien spécialisé au niveau des troubles de santé mentale • Soutien clinique téléphonique via le psychiatre de garde
RLS Maskinongé	• Soutien clinique téléphonique via le psychiatre de garde

Projet 20 - Mettre en place les orientations ministérielles incluses dans le *Plan d'action en santé mentale* (PASM) au niveau de l'offre de service des ressources résidentielles.

Degré d'avancement du projet : 50 % ou moins

- Actions et résultats :
  - Transformation de places en ressources de type familial (RTF) vers des places en logement semi-autonome avec supervision
    - 67 places en RTF sur 200 ont été fermées et converties.
  - Différentes formations ont été planifiées en RNI et, pour certaines d'entre elles, les propriétaires ont été invités à y participer, notamment pour la formation portant sur le rétablissement.

Projet 21 - Redéfinir les trajectoires pour les clientèles multiproblématiques, incluant les personnes ayant un trouble d'adaptation sociale.

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Actions et résultats :
  - Ce projet a fait l'objet d'une analyse qui a entraîné une redéfinition et un arrêt des démarches, donc la fin du projet.
  - La DSM assurera la mise en place de la gouvernance stratégique en lien avec les clientèles multiproblématiques au cours de la prochaine année.
  - La DI-TSA-DP et la DPSMAD travaillent conjointement sur l'arrimage en gestion courante pour les troubles d'adaptation sociale.
  - Un projet pilote pour la clientèle adolescente sera également inclus dans le plan annuel 2018-2019.

Projet 22 - Améliorer la fluidité des épisodes de soins et réduire le nombre d'usagers requérant des niveaux de soins alternatifs (NSA)[15].

Degré d'avancement du projet : 100 %

- Contexte : La congestion aux services d'urgence est un défi pour le système de santé et s'explique habituellement par des lacunes dans le cheminement des usagers. Ces lacunes et obstacles, en plus des variations de la demande liées à l'achalandage aux services d'urgence et aux admissions électives, occasionnent des répercussions sur l'expérience et la sécurité des usagers. La direction de l'établissement travaille constamment à ce que l'usager soit orienté au bon endroit, au bon moment, afin qu'il puisse recevoir les soins et services requis à sa condition, par les ressources appropriées, en temps opportun. Pour y arriver, une mobilisation de plusieurs acteurs de différents continuums de soins et services de l'établissement est requise.
- Actions : Mise en place depuis 2016 d'un comité de la fluidité des épisodes de soins et de services.
- Objectifs :
  - Analyser les obstacles ou les défis au cheminement.

[15] Un niveau de soins alternatifs est présent lorsque la personne encore hospitalisée nécessite des services qui répondent mieux à ses besoins et qui sont offerts par d'autres types de ressources (ex. réadaptation).

- Suivre les indicateurs déterminés afin de définir des actions concrètes visant l'amélioration des processus, prendre toute décision pouvant améliorer la fluidité et augmenter l'efficience des processus.

- Enjeu : La fluidité de la trajectoire des usagers est influencée par des facteurs en amont, en intra-hospitalier et en aval du centre hospitalier.
- Actions : Des mesures alternatives et des bonnes pratiques ont été mises en place pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA et afin de diminuer la durée moyenne de séjour (DMS). Des actions concrètes sont actualisées par les gestionnaires dès la présence d'indices de congestion.
- Résultats :
  - Implantation de mises en alerte auprès des gestionnaires visés pour l'application de mesures spécifiques afin de rétablir rapidement la situation.
  - Adoption d'une politique sur le cheminement des usagers en octobre 2017 qui définit les assises (fondements cliniques et administratifs) de bonnes pratiques et détermine les rôles et les responsabilités des différents acteurs-clés.
  - Les secteurs névralgiques sont connus (nombre d'usagers en processus d'orientation, en attente de CHSLD, de RI-RTF et de réadaptation).
  - Actions pour favoriser la sortie des usagers NSA : un plan de déploiement est en cours visant le déploiement de 58 places (32 en RNI pour les personnes âgées, 12 en logement semi-autonome en santé mentale, 5 en URFI et 9 en lits post-hospitaliers).
  - CHSLD : des admissions possibles les fins de semaine et les jours fériés, à l'exception de deux installations.
  - Actions afin de permettre un meilleur suivi de la clientèle : maintien des effectifs suffisants lors des vacances et des jours fériés. Tous les services concernés doivent être fonctionnels en tout temps pour permettre, en temps opportun, la sortie des usagers qui ont obtenu leur congé de l'hôpital ainsi que l'admission dans la ressource appropriée.
- Autres attentes du MSSS : À l'automne 2017, le MSSS a adressé de nouvelles attentes relatives au suivi des usagers NSA. Des délais d'attente maximaux ont été établis pour les usagers NSA en lit de courte durée en centre hospitalier. Un suivi des usagers NSA hors délais a donc été amorcé.
  - Résultats : le nombre d'usagers en attente NSA hors délais est passé de 32 usagers au 6 janvier 2018 à 18 usagers au 3 mars 2018.
- Actions : Plusieurs bonnes pratiques cliniques sont appliquées :
  - Les rencontres quotidiennes de gestion des lits implantées dans tous les CH.
  - Le rapport d'état implanté dans toutes les unités de médecine et de chirurgie incluant le suivi des durées de séjour.
  - Intervention individualisée pour optimiser la durée de séjour de certains usagers ayant des besoins particuliers ou complexes.
  - La création de bases de données documentant les usagers NSA en temps réel, etc.

Projet ajouté en lien avec les cibles de la priorité 3

Centralisation des programmes financiers pour la clientèle DI-TSA-DP (Transport et hébergement, soutien aux familles, *Programme d'aides matérielles aux fonctions d'élimination* (PAMFE))[16]

- Objectifs : Centraliser les systèmes de gestion des programmes financiers incluant l'harmonisation des procédures d'admissibilité, l'attribution et les formulaires utilisés, et ce, pour :
  - Uniformiser les critères d'accès aux services;
  - Harmoniser et de clarifier les façons de faire pour chaque programme;

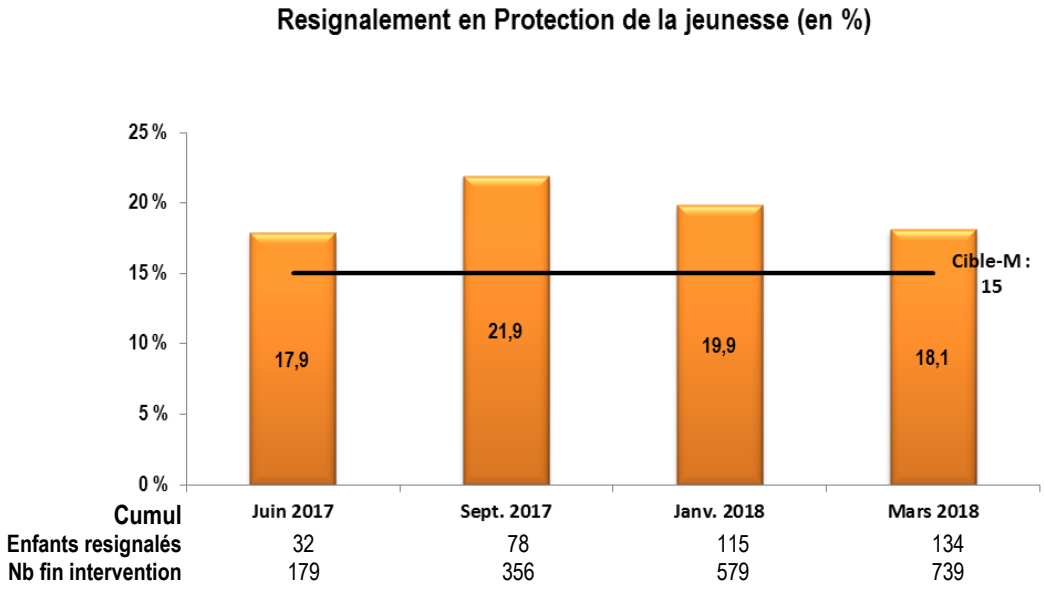
[16] Le programme Maintien à domicile des personnes handicapées physiques (MADPH) a été retiré du projet pour le moment.

- Diminuer le nombre d'usagers en attente;
- Optimiser et harmoniser les processus et l'utilisation efficiente des budgets sur tout le territoire selon la demande et les besoins (répartition régionale).

- Actions :
  - Révision des cadres de référence des programmes transport et hébergement et soutien aux familles;
  - Centralisation des budgets à la direction DI-TSA-DP;
  - Consultation des directions concernées pour la révision des cadres de référence (en cours);
  - Formations à prévoir.

Autres indicateurs liés à la priorité 3

Indicateurs de resignalement



Cumul	Juin 2017	Sept. 2017	Janv. 2018	Mars 2018
Enfants resignalés	32	78	115	134
Nb fin intervention	179	356	579	739

- Comprendre le parcours des enfants et des familles après un épisode de services en proximité permet de constater les effets de l'offre de service ainsi que la motivation et la mobilisation de l'enfant et de ses parents.
- La validation de la réaction de la famille quant au soutien proposé permet de mieux ajuster l'offre de service, pour ainsi rejoindre une clientèle qui délaisse les services ou qui présente des besoins différents.

Procréation médicalement assistée (PMA)

- Action : La clinique de procréation médicalement assistée (PMA) a ajusté son offre de services en conformité avec les modifications législatives. Ainsi, la clinique offre des services de deuxième ligne en procréation assistée, soit : évaluation de la fertilité traitement, insémination et suivis.
- Résultats : L'équipe a réalisé plus de 1 600 consultations dont 174 grossesses en sont issues.
- Autre action : Une entente entre le CHU Sainte-Justine et le CIUSSS MCQ a été conclue en mars 2018. Celle-ci : permet d'assurer un suivi conjoint avec le CHU Sainte-Justine pour la fécondation in vitro (FIV) et facilite l'accès aux services offerts à la clientèle du territoire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

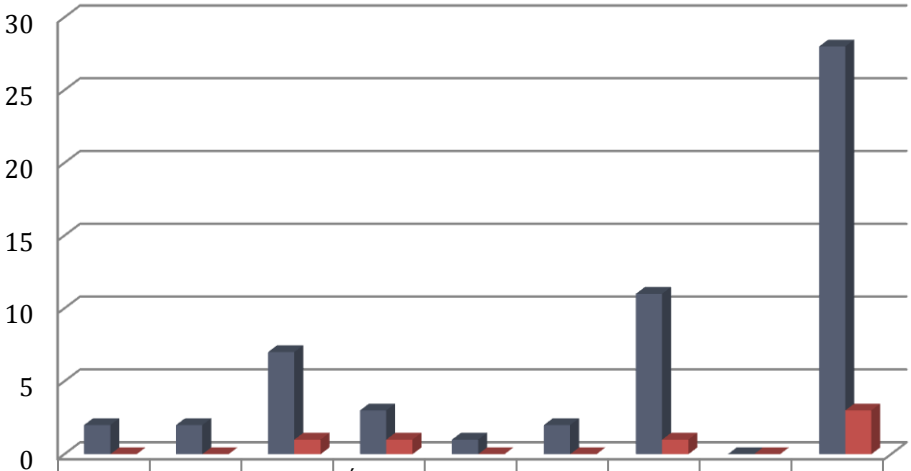
Accès priorisé aux services spécialisés

Priorité clinique	Dans les délais	Hors délais	Total	% dans les délais
A (< 3 jours)	48	2	50	96 %
B (< 10 jours)	102	13	115	89 %
C (< 28 jours)	428	74	502	85 %
D (< 90 jours – 3 mois)	682	13	695	98 %
E (< 180 jours – 12 mois)	162	1	163	99 %
Total	**1 422**	**103**	**1 525**	

Programme d'accessibilité à l'hébergement pour les 18-21 ans

- Description : Le programme d'accessibilité à l'hébergement s'adresse aux jeunes ayant été suivis dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse désirant poursuivre leurs études secondaires à temps plein au-delà de leur majorité et qui nécessitent un hébergement en ressources de type familial ou en ressource de type intermédiaire. Il s'agit d'un programme volontaire, le jeune devant consentir à son hébergement. Il doit également fréquenter un établissement scolaire de niveau secondaire ou collégial à temps complet avec lettre à l'appui de cet établissement le confirmant. Il doit finalement participer à l'élaboration et à l'application de son plan d'intervention.
- Statistiques :

Nombre de jeunes 18-21 ans en poursuite de scolarité et d'hébergement



	A-E	BNY	Drumm	Énergie	HSM	Maski	T-R	VB	TOTAL
Niveau secondaire	2	2	7	3	1	2	11	0	28
Niveau collégial	0	0	1	1	0	0	1	0	3

Service de réinsertion sociale

- Actions et résultats : Un nouveau service de réinsertion sociale a été développé en mars 2018 pour soutenir le passage à la vie autonome des jeunes vulnérables dans le but de prévenir l'itinérance et d'accompagner les adolescents dans les différentes transitions de la vie, particulièrement lors de la sortie d'un établissement d'hébergement en centre de réadaptation jeunesse. Cette offre de services en réinsertion sociale s'inscrit en continuité du plan d'action en santé mentale et du plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020, qui prévoient diverses priorités touchant la clientèle des jeunes en difficulté et des orientations ministérielles

relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022. Ainsi, le service de réinsertion sociale dispense quatre programmes soit :

- Le programme qualification jeunesse (50 jeunes en suivi en 2017-2018) ;
- Le programme de passage à la vie autonome (nouveau programme) ;
- Le programme de réinsertion des jeunes hébergés en centre de réadaptation (108 jeunes en suivi en 2017-2018) ;
- Le programme de réinsertion en délinquance (nouveau programme).

Recrutement de familles d'accueil

- Action continue de recrutement des familles d'accueil en jeunesse.
- Résultats pour l'année 2017- 2018 :
  - 40 nouvelles familles d'accueil de type régulier;
  - 17 nouvelles familles d'accueil de type banque mixte, c'est-à-dire ayant le projet d'adopter un enfant;
  - 71 nouvelles familles d'accueil de proximité, c'est-à-dire une famille faisant partie de l'entourage de l'enfant.

	Résidences de type familial (RTF)	
	2016-2017	**2017-2018**
Placements en famille d'accueil	830	845
Placements en famille d'accueil de proximité	191	235

Services de réadaptation en hébergement

- Statistiques :

	Services de réadaptation en hébergement					
	2015-2016		**2016-2017**		**2017-2018**	
	Filles	**Garçons**	**Filles**	**Garçons**	**Filles**	**Garçons**
Centre de réadaptation Bourgeois à Trois-Rivières						
Hébergement 13-18 ans LPJ-LSJPA milieu ouvert	13	29	13	29	13	29
Hébergement 13-18 ans (mixte) Évaluation-orientation	13		13		13	
Total des places	**55**		**55**		**55**	
Centre de réadaptation Laforest à Drummondville						
Hébergement 13-18 ans LPJ-LSJPA milieu ouvert	6	36	18	24	18	24
Hébergement 13-18 ans Garde fermée	-	12	-	12	-	12
Total des places	**54**		**54**		**54**	
Taux d'occupation	73 %		95 %		85 % garçons 100 % filles	
Foyer de groupe l'Escale 6-12 ans (mixte)						
Total des places	-		-		**6**	
Taux d'occupation	85 %		85 %		85 %	

Don d'organes et de tissus

- Statistiques 2017 :
  - La région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec s'est classée au 4e rang des régions ayant permis le plus de dons d'organes au Québec, selon les statistiques compilées par Transplant Québec;
  - 16 donneurs ont permis de transplanter 59 organes;
  - 28 personnes ont eu une greffe d'organe;

- 54 personnes sont décédées en attente d'une greffe;
- 3 dons de tissus humains et 3 dons de tissus oculaires proviennent de donneurs de la région;
- 16 donneurs ont permis de sauver 28 vies, comparativement à 5 donneurs en 2016. L'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville a pris en charge 31 % de ces donneurs, soit 5 sur 16;
- Moyenne de 39 personnes sur la liste d'attente de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

- Bon coup : En mars 2018, le travail remarquable des intervenants du Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) a fait en sorte que le CIUSSS MCQ a reçu le premier donneur par décès cardiocirculatoire. Ce type de donneur permet que l'entièreté du processus de prélèvement des organes soit réalisée dans la région.

3.3.4 Priorité 4 – Une offre de service de qualité afin de relever le défi de la perte d'autonomie

Cibles et résultats

Cibles	Points de départ	Résultats au 31 mars 2018
• **Améliorer l'offre, l'accessibilité et l'intensité des services du soutien à domicile longue durée et des soins palliatifs (SAD)**		
○ Atteindre minimalement 12 150 personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA), déficience physique (DP) et déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA).	11 922	11 893 (J)
○ Augmenter à 975 073 le nombre d'heures de service de soutien à domicile de longue durée rendu à domicile par les différents modes de dispensation.	783 163	996 059 (V)
○ Référer 100 % des patients qui étaient inscrits au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) au 31 décembre 2016 à un médecin de famille d'ici le 31 décembre 2017.	82,4 %	82,7 % (J)
○ Augmenter à 40 % la proportion d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) de plus de 3 ans de pratique qui atteignent le seuil de 600 patients suivis dans les groupes de médecine familiale (GMF).	23,2 %	27,3 % (V)
• **Améliorer la qualité des soins, des services, ainsi que l'accessibilité aux CHSLD pour les usagers en grande perte d'autonomie**		
○ Augmenter à 90 % la proportion des résidents ayant une évaluation OEMC[17] (SMAF[18]) et un plan d'intervention révisés annuellement en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).	87,7 %	94,0 % (V)

Légende
Rouge (R) = Non atteinte (écart important à la cible).
Jaune (J) = En voie d'atteinte.
Vert (V) = Atteinte à 100 %.

[17] OEMC : Outil d'évaluation multiclientèle
[18] SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

Projets liés à l'atteinte des cibles de la priorité 4

Pour atteindre les cibles, cinq projets en plus de nombreuses actions d'amélioration (un projet réalisé à 80 %, deux projets réalisés à 60 % et deux projets à 50 % ou moins) ont été mis en place ou se sont poursuivis. Voici l'avancement de ceux-ci pour l'année 2017-2018 :

Projet 1- Implanter les unités de formation cliniques interprofessionnelles (UFCI)

Degré d'avancement du projet : 40 %

Appuyé par le MSSS, ce projet concilie les dimensions cliniques et académiques, en vue d'offrir une réponse améliorée aux besoins des personnes âgées vulnérables à court, moyen et long terme. Malgré un ralentissement au cours de la dernière année causé par des facteurs internes et externes, le comité local d'implantation (composé des directions DEURI, SAPA, DSM, DSI et DQEPE) a ajusté et poursuivi ses efforts en collaboration avec ses principaux partenaires dont l'Université de Montréal, afin d'assurer la réalisation de ce projet.

Projet 2 - Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

Degré d'avancement du projet : 60 %

Dans le contexte du vieillissement de la population et de la volonté des personnes en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible à domicile, le soutien à domicile (SAD) est de plus en plus sollicité. De plus, les soins et services se complexifient et les trajectoires de soins et services se multiplient. Devant ce constat, le projet d'améliorer les services de soutien à domicile de longue durée vise à augmenter l'accessibilité, l'intensité, l'équité et la pertinence des services de SAD en fonction des besoins de la clientèle SAPA (Soutien à l'autonomie de la personne âgée), DI-TSA (déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme) et DP (Déficience physique). Le SAD est donc un acteur important qui contribue à l'amélioration de la fluidité des épisodes de soins.

À ce jour, voici les différentes réalisations :

- Réorganisation clinique réalisée pour permettre le déploiement de l'approche par programme;
- Rehaussement des équipes interdisciplinaires;
- Identification d'une formation sur la gestion de cas et gestionnaires de cas;
- Assignation d'un intervenant de référence à tous les usagers SAD longue durée qui assure la liaison sur tout le continuum de service;
- Identification de modalités favorisant la collaboration interprofessionnelle. Implantation en cours;
- Évaluation et élaboration d'un plan de service à jour pour la grande majorité des usagers SAD longue durée;
- Adaptation des services en fonction du profil des usagers en cours de réalisation;
- Optimisation et harmonisation de l'offre de service pour la réadaptation et les soins d'assistance à domicile. Travaux pour harmoniser et optimiser l'offre de service des soins infirmiers en cours;
- Signature d'ententes avec plusieurs partenaires dans la communauté (entreprises d'économie sociale, office municipal d'habitation et autres organismes communautaires).

Projet 3 - Déployer l'approche en soins palliatifs dans tous les milieux, particulièrement à domicile, afin de permettre à la personne, selon ses volontés, de rester dans son milieu de vie et de recevoir les soins et services requis

Degré d'avancement du projet : 60 %

Voici les actions réalisées pour favoriser l'appropriation et l'intégration de l'approche palliative à la pratique des intervenants impliqués auprès des personnes en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV), dans tous les milieux de soins :

- Adoption d'un plan de communication interne et d'une signature visuelle inspirée des valeurs du programme de SPFV. Cette signature sera notamment visible dans les documents destinés aux personnes en SPFV et leurs proches. De plus, elle sera utilisée pour affichage aux portes des chambres des personnes en fin de vie dans tous les CHSLD et dans l'ensemble des centres hospitaliers. Ceci permettra de rappeler et de signifier au personnel d'utiliser l'approche SPFV avec cet usager.
- Diffusion d'outils de sensibilisation auprès des intervenants. Ils portent sur l'approche palliative, les droits des personnes, les principes devant guider les interventions, les attitudes à adopter envers la clientèle, les balises entourant les soins de fin de vie et les mythes entretenus à propos des soins palliatifs. Parmi ces outils, notons des affiches de sensibilisation, des capsules d'information, etc.
- Efforts particuliers investis au chapitre de la formation :
    - Formation générale interdisciplinaire :
      À ce jour, 23 % des intervenants visés ont été formés à l'approche palliative (23 % en centre hospitalier, 16% en CHSLD, 37 % au soutien à domicile).
    - Formation spécifique par titre d'emploi :
      Formation sous forme de mentorat pour les préposés aux bénéficiaires, auxiliaires en santé et services sociaux et infirmières auxiliaires : au total, 97 mentors ont été formés à ce jour et 12 % des préposés aux bénéficiaires en CHSLD ont reçu une attestation de réussite.
    - Formation en ligne pour les infirmières :
      6% des infirmières visées ont complété la formation spécifique sur l'approche palliative.

En ce qui concerne plus particulièrement les SPFV à domicile, il faut également souligner :

- Formalisation, par l'octroi de postes, d'une coordination clinique des soins palliatifs et de fin de vie au sein des équipes de chaque territoire;
- Démarrage de travaux portant sur l'harmonisation et la standardisation des pratiques en SPFV;
- Planification médicale pour la mise en place d'une équipe dédiée en SPFV dans le RLS de Maskinongé;
- Élaboration d'un outil de sondage sur l'expérience client;
- Augmentation du nombre d'usagers suivis en SPFV (2 161 personnes en 2017-2018 comparativement à 2 048 en 2016-2017) et de la proportion de ceux qui sont décédés à domicile (27,3 % en 2017-2018 comparativement à 24,4 % en 2016-2017).

Projet 4 - Définir les besoins de soutien et d'accompagnement des proches aidants en soins palliatifs et mettre en place des mesures de soutien en collaboration avec les partenaires du réseau territorial de services (RTS)

Degré d'avancement du projet : 100 %

Plusieurs mesures concourent à l'atteinte de cet objectif. Notamment :

- Rédaction d'un guide de soutien destiné aux proches aidants des personnes en SPFV de tous les milieux (soutien à domicile, centres hospitaliers et CHSLD), en collaboration avec des intervenants, des médecins, des proches aidants et des partenaires de la communauté.
- Mise en place d'un projet pilote d'accompagnement par des bénévoles, ayant suivi la formation du mouvement Albatros, sur les unités de médecine générale et spécialisée du CHAUR.
- Recours au programme de soutien financier destiné aux proches aidants des personnes en SPFV à domicile, pour favoriser le respect de leurs volontés de décéder à domicile et une réponse adaptée à leurs besoins, particulièrement en fin de vie.
- Participation d'un usager ressource et de représentants de l'APPUI Mauricie et de l'APPUI Centre-du-Québec au comité de coordination régional du programme SPFV ainsi qu'à certains des chantiers qui en découlent.
- Séances d'information sur les services offerts par les APPUI de la Mauricie et du Centre-du-Québec et par la fédération Albatros à différents intervenants, médecins et partenaires.

Projet 5 - Harmoniser les structures de soins afin de se conformer aux bonnes pratiques et aux balises de Philippe Voyer en CHSLD

Degré d'avancement du projet : 50 % ou moins

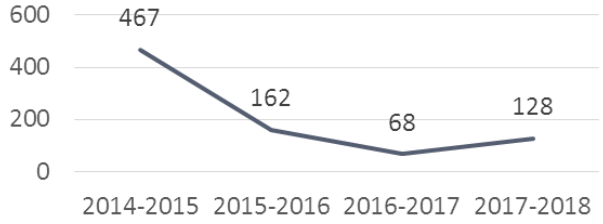
- Travaux d'harmonisation en cours.
- Mise en œuvre de la structure de rééquilibrage à l'automne 2018.

3.3.5 Autres éléments de vigilance opérationnelle

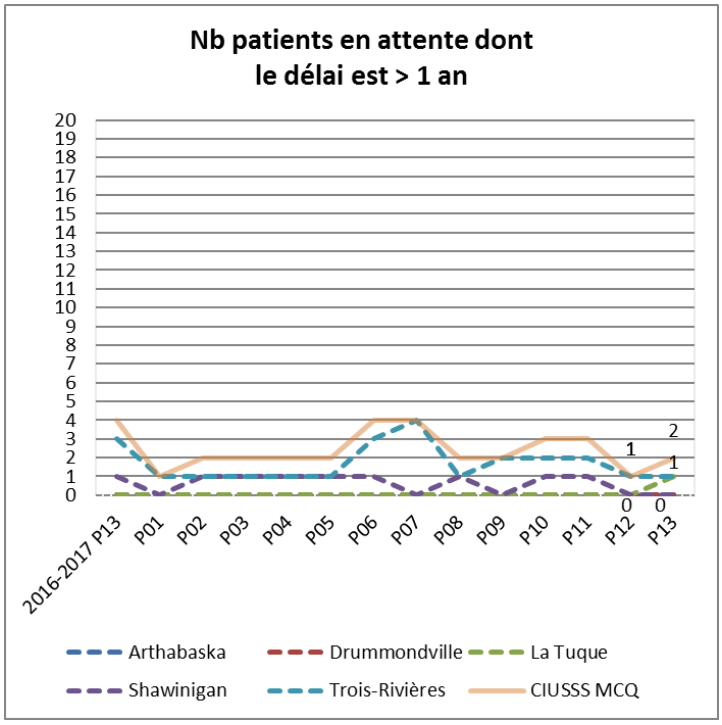
Trajectoire chirurgicale et oncologique

Accessibilité à la chirurgie

- 38 962 interventions chirurgicales réalisées en 2017-2018
- Délai moyen d'attente pour une chirurgie élective en 2017-2018 : 6,1 semaines
- Nombre de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois au 31 mars 2018 : 128



- Objectif : réaliser 100 % des demandes de chirurgie dans un délai inférieur à 6 mois.
  - 98,3 % des usagers en 2017-2018 ont été opérés à l'intérieur de cette cible.
- Collaboration étroite avec l'équipe médicale : permet un suivi personnalisé des listes d'attente
- Nombre de chirurgies en attente depuis plus d'un an au 31 mars 2018 : 2
  - Cause de refus des dates proposées



Chirurgie oncologique

- Cibles fixées par le MSSS :
  - 90 % des demandes traitées en moins de 28 jours
  - 100 % des demandes traitées se moins de 56 jours

	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
< 28 jours	78 %	82 %	86 %	83 %
< 56 jours	96 %	97 %	97 %	97 %

- 9 cas de chirurgie oncologique en attente depuis plus de 56 jours au 31 mars 2018. Les équipes de la trajectoire chirurgicale travaillent en étroite collaboration avec le corps médical afin d'atteindre les cibles fixées, tout en respectant l'indication clinique, la disponibilité des usagers et également des spécificités selon les stades cliniques de leur maladie.

Projet Vitrine : regrouper la trajectoire chirurgicale et les services spécialisés avec le continuum du programme de lutte contre le cancer

- Multiplication des moments d'échange entre les gestionnaires des blocs opératoires et ceux du programme de lutte contre le cancer permet de créer une synergie d'équipe. Effet perceptible dans la rapidité de mettre en œuvre des solutions, la proximité des équipes avec les gestionnaires et le partage régulier des buts communs.

- Création d'une salle de pilotage virtuelle : permet de suivre à un niveau tactique les effets positifs du projet.
- 14 indicateurs suivis périodiquement témoignent de la poursuite des objectifs de la direction.

Programme québécois de dépistage du cancer colorectal

- 19 037 coloscopies réalisées en 2017-2018
- Augmentation de 2 248 coloscopies comparativement à 2016-2017
- Création d'un guichet d'accès unique pour la zone nord
- Optimisation de l'offre de services au Centre de services Avellin-Dalcourt
- Augmentation des plages horaires offertes dans les différentes installations du CIUSSS MCQ
- Gestion des listes d'attente
    - Taux de respect de l'attribution des rendez-vous selon la priorité clinique : 88%

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Nombre de semaines d'attente au CIUSSS MCQ

	Mammographie dépistage (cible < 6 semaines)	Clichés mammaires complémentaires (cible < 3 semaines)	Échographie mammaire complémentaire (cible < 3 semaines)
CSSS Haut-Saint-Maurice	2	1	2
CHAUR	3	2	2
Radiologie Trois-Rivières	2	2	1
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	1	2	2
Hôpital Ste-Croix	3	2	3
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	Non offert	2	2
Clinique radiologique des Bois-Francs Inc.	1	1	3

Programme de lutte contre le cancer

1. **Radio-oncologie**
    - 100 % des rendez-vous sont fixés dans un délai inférieur à 28 jours tel que recommandé par la Direction générale de cancérologie
    - Volume d'activité en radio-oncologie :

	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Consultations	2 335	2 629	2 664
Mise en traitement	1 793	2 158	2 143

    - Travaux du service de radio-oncologie orientés sur la consolidation des techniques de traitements spécialisés de stéréotaxie du poumon et de la radiochirurgie du cerveau, qui sont des standards dans le traitement du cancer du poumon et du cerveau.

- Amélioration de la qualité ainsi que l'accessibilité aux usagers par la mise sur pied de comités de travail dédiés à chacun de ces traitements de pointe et la révision des protocoles de traitement. Les travaux se poursuivront en 2018-2019.

2. Hémato-oncologie

- Implantation d'un projet visant à réduire le temps d'attente et à améliorer la qualité de soins et services aux patients qui reçoivent de la chimiothérapie à l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville depuis le 3 avril 2017.
  - Le processus de la clinique d'hémato-oncologie, de la planification du rendez-vous jusqu'au départ de l'usager, la séquence des activités et de la préparation du médicament, a été étudié, révisé et optimisé. Ainsi, le nouveau déroulement des rendez-vous pour recevoir un traitement de chimiothérapie, incluant la prise de sang, la visite avec le médecin, l'administration de la chimiothérapie et les rencontres avec le pharmacien est plus efficace et engendre moins d'attente pour l'usager.
- Nouveau processus appliqué à Trois-Rivières en cours d'implantation à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska.

Volume d'activité en hémato-oncologie 2017-2018

	Trois-Rivières	Shawinigan	Victoriaville	Drummondville
Visites	27 190	3 330	7 950	8 965

Nouveaux cas pris en charge par les infirmières pivot en oncologie (IPO) 2017-2018

	Trois-Rivières	Shawinigan	Victoriaville	Drummondville
Nouveau cas	971	412	357	374

3. Recherche en cancérologie

- 34 projets de recherche sont en cours
- 13 nouveaux projets approuvés en 2017-2018

Accès priorisé aux services spécialisés

- Déploiement, le 31 octobre 2016, de la phase I du projet *Accès priorisé aux services spécialisés* (APSS) du MSSS
  - Création d'un centre de répartition des demandes de services (CRDS) dans le but de faciliter l'accès aux services spécialisés dans les délais médicalement acceptables pour la population.
- À ce jour : 9 spécialités médicales sont incluses dans le projet.
- 7 spécialités supplémentaires viendront s'ajouter à la phase II du déploiement et à terme ce sont 26 spécialités qui en feront partie.
- Avantages :
  - Point de chute unique de dépôt des demandes de consultation pour les omnipraticiens via les CRDS
  - Formulaires de demande de consultation harmonisés
  - Classification uniformisée des priorités selon la condition clinique de l'usager
  - Prise en charge rapide des demandes et une attribution des rendez-vous en fonction des délais prescrits (priorités: A < 3 jours, B < 10 jours, C < 28 jours, D < 3 mois, E < 1 an)
- Spécialités déjà déployées dans l'APSS :
  - Cardiologie
  - Chirurgie orthopédique
  - Gastroentérologie
  - Néphrologie
  - Neurologie

- Ophtalmologie
- ORL
- Pédiatrie
- Urologie

- Spécialités qui seront déployées à la phase II (4 septembre 2018)
  - Rhumatologie
  - Chirurgie générale
  - Médecine interne
  - Hémato-oncologie
  - Neurochirurgie
  - Chirurgie vasculaire
  - Médecine physique et réadaptation
- 45 696 demandes de consultation traitées depuis le déploiement de l'APSS (31 octobre 2016)

Proportion des demandes réalisées dans le délai pour les 9 spécialités déployées

Priorités	Période 13
Priorité A	100 %
Priorité B	88 %
Priorité C	69 %
Priorité D	85 %
Priorité E	94 %
TOTAL	83 %

Priorités : A < 3 jours, B < 10 jours, C < 28 jours, D < 3 mois, E < 1 an
Cible priorités A, B, C = 90 %
Cible priorités D, E = 75 %

- Actions en cours dans les différentes spécialités afin de respecter les cibles d'octroi des rendez-vous :
  - Révision des trajectoires;
  - Ajout de personnel administratif;
  - Révision des processus de prise en charge des requêtes;
  - Suivi avec les équipes de la première ligne afin d'améliorer la pertinence des demandes pour certaines spécialités et le suivi des cas lors du congé en spécialité.

Cliniques externes spécialisées

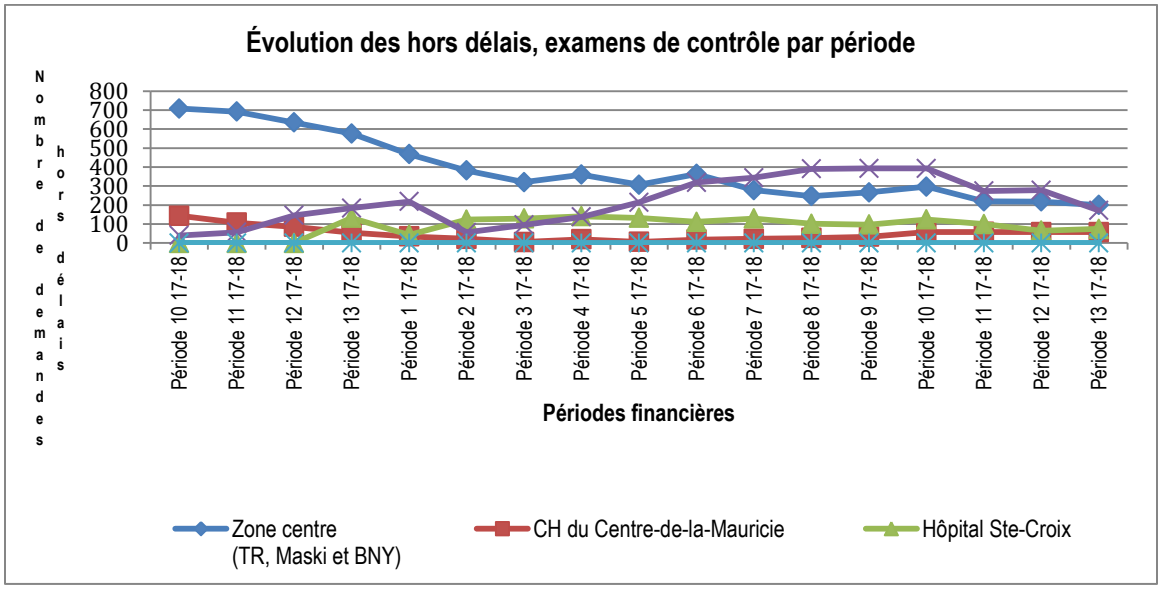
- Deux grandes réorganisations de la trajectoire des services spécialisés touchant le Centre Christ-Roi de Nicolet et le Centre de services Avellin-Dalcourt de Louiseville au cours de l'année 2017-2018.
- Travaux d'optimisation ayant permis de rapatrier certaines spécialités au CHAUR afin de développer et augmenter la production d'activités en urologie à Nicolet et en endoscopie à Louiseville.
- Optimisation de la clinique externe d'urologie au Centre Christ-Roi ce qui a contribué à augmenter de plus du double le nombre de visites réalisées (674 en 2016-2017 comparativement à 1 341 en 2017-2018).

	Nombre de visites 2017-2018
CHAUR	110 260
HCM	S.O.
HSC	43 894
HDA	58 626
CSHSM	S.O.

Cliniques externes spécialisées - endoscopie

- Augmentation de l'offre de services en endoscopie à Louiseville permettant notamment la création d'un guichet d'accès unique pour la zone nord, l'ouverture de la clinique externe de Louiseville à 5 jours par semaine, une nette diminution des cas hors délais et une meilleure accessibilité pour la population.
- Mise sur pied de plans d'action pour augmenter la production d'examens d'endoscopie dans les installations du CIUSSS MCQ qui ont également permis de diminuer le nombre de cas hors délais pour les examens de contrôle (de 890 à 502, soit une diminution de 388 cas hors délais).

Évolution des hors délais, examens de contrôle par période



Médecine connectée : améliorer l'accès des fournisseurs de services de santé primaires aux médecins spécialistes

- Mise en contexte : La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), en collaboration avec le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), a mis sur pied un projet collaboratif « Médecine connectée » d'une durée de 15 mois, axé sur la mise en œuvre de services de consultation à distance. Le CIUSSS MCQ a donc fait les démarches pour participer à la mise en œuvre de ce projet, toujours dans l'optique de favoriser l'accès aux services spécialisés.
- Actions et résultats : Le service de consultation électronique (eConsult) est maintenant offert aux omnipraticiens du RLS de Bécancour-Nicolet-Yamaska et du RLS du Haut-Saint-Maurice qui ont été ciblés dans le cadre du démarrage du projet. Ce projet leur permet de communiquer, en ligne, avec des spécialistes (de la région de la

Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, de l'Outaouais et de l'Abitibi-Témiscamingue) pour poser des questions spécifiques en lien avec la condition clinique de leur clientèle. Il s'agit d'une excellente façon d'obtenir rapidement des informations et d'éviter la consultation en personne si elle n'est pas indiquée.

Spécialités disponibles par eConsult pour les omnipraticiens de la région (service offert par les spécialistes des trois régions)

Allergologie	Fertilité	Ophtalmologie
Chirurgie générale	Rhumatologie	Psychiatrie
Endocrinologie	Médecine interne	Dermatologie
Gynécologie	Gastroentérologie	Orthopédie
Infectiologie		

3.3.6 Principales réalisations, prix et bons coups

Principales réalisations

Une nouvelle clinique de pédiatrie de jour pour le CHAUR
La nouvelle clinique de pédiatrie de jour située au Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) est en fonction depuis la fin janvier 2018. Les professionnels et médecins y réalisent des examens diagnostiques et des traitements nécessitant généralement le plateau technique de l'hôpital. L'ouverture de cette clinique vise ainsi à réduire ou éviter certaines hospitalisations. Depuis son ouverture, elle compte 146 visites et 97 patients reçus.

Cette initiative n'aurait pu être possible sans la collaboration de l'équipe médicale, du personnel soignant, des divers services de soutien et de l'implication financière de la Fondation RSTR et d'Opération Enfant Soleil. En effet, les deux organismes ont contribué au projet en injectant plus de 72 500 $ pour l'achat d'équipements.

Sur la photo de gauche à droite : M^me^ Natacha Bolduc, chef de service parents-enfants – zone centre, M^me^ Nathalie Perreault, directrice adjointe - Périnatalité, M^me^ Nathalie Villemure, directrice générale de la Fondation RSTR, M^me^ Nathalie Garon, directrice du programme jeunesse-famille, D^re^ Marie-Claude Nadeau, adjointe au chef de département de pédiatrie (Trois-Rivières) ainsi que D^re^ Mélanie Noël, chef du département de pédiatrie du CIUSSS MCQ.

Ouverture de l'unité satellite d'hémodialyse à La Tuque
Le 24 novembre 2017, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette, et la ministre responsable de la région de la Mauricie, madame Julie Boulet, ont participé à l'inauguration officielle de l'unité satellite de suppléance rénale (hémodialyse). C'est donc après plusieurs années de démarches et de travail que l'unité satellite d'hémodialyse prend enfin vie au Centre de services du Haut-Saint-Maurice.

La Fondation pour la santé du Haut-Saint-Maurice a été un acteur de premier plan dans la réalisation de ce projet. « Sans implication de la Fondation et sa participation financière de plus de 436 000 $, le projet n'aurait probablement pas vu le jour dans sa forme actuelle » précise Caroline Bérubé, présidente de la Fondation.

M^me^ Nathalie Martel, gestionnaire et l'équipe d'infirmières : M^mes^ Joanie Boyd, Sylvie Jamieson (TR), Dominique Landry, Sarah Villemure et Karine Brochu.

Mobilisation accrue lors des inondations en 2017

Le printemps 2017 a été marqué par des inondations record dans notre région, particulièrement sur le territoire de Maskinongé, qui ont obligé les intervenants du CIUSSS MCQ à se mobiliser afin de maintenir ses services et d'intervenir auprès de la population touchée. Cet événement a démontré le professionnalisme et la grande collaboration entre la coordination de la sécurité civile de la présidence-direction générale adjointe et les différents partenaires impliqués. Les intervenants membres du comité de planification des interventions en sécurité civile restreint (COPIN) ont su faire de cette opération un succès.

En route vers un environnement sans fumée

Le 7 novembre 2017, un pas de plus a été franchi. En effet, le conseil d'administration a adopté la « Politique pour un environnement sans fumée » qui a notamment pour but de créer des environnements totalement sans fumée à l'intérieur comme à l'extérieur des installations. Merci à l'ensemble des personnes qui ont participé aux consultations permettant l'élaboration d'une politique réaliste et à l'image de notre établissement. Le déploiement de celle-ci se fera progressivement au cours des cinq prochaines années. Les travaux de mise en œuvre débuteront donc dès 2018 pour en arriver à l'objectif d'un établissement complètement sans fumée au 1er mai 2023.

Les membres du comité de suivi et d'implantation de la politique pour un environnement sans fumée au CIUSSS MCQ : Mme Kristine Chaîné, agente d'information, M. Pierre Bigaouette, chef de l'administration de programme de la prévention et de la gestion intégrée des maladies chroniques, Mme Anne-Marie Grenier, Médecin-conseil en santé publique, Mme Laurence Héroux, conseillère en prévention clinique, Mme Josée Mercier, conseillère cadre DQEPE en remplacement de Mme Catherine Neault, conseillère-cadre DQEPE, M. Yvon Tourigny, coordonnateur sécurité, hygiène et salubrité, Mme Manon Toupin, Médecin-conseil en santé publique et Mme Christine Douville, agente d'information.

Pelletée de terre symbolique du projet d'agrandissement et de réaménagement de l'urgence du Centre de services du Haut-Saint-Maurice à La Tuque

Le vendredi 24 novembre 2017, les ministres Gaétan Barrette et Julie Boulet étaient de passage à La Tuque afin de procéder à la pelletée de terre symbolique inaugurant les travaux d'agrandissement et de réaménagement de l'urgence. Ces travaux d'environ 14 M$ permettront de doubler la superficie actuelle, en plus de la réaménager de façon à optimiser son fonctionnement. Cela favorisera les meilleures pratiques et maintiendra la qualité et la sécurité des soins et des services qui y sont offerts.

Sur la photo de gauche à droite : Dr Olivier Roy, chef de département – médecine d'urgence CIUSSS MCQ, M. Pierre-David Tremblay, maire de La Tuque, Mme Julie Boulet, ministre du Tourisme et de la Mauricie, Dr Gaétan Barrette, ministre de la Santé, M. Martin Beaumont, PDG du CIUSSS MCQ, Dr Marc-André Lacombe, adjoint au chef de département – médecine d'urgence – Haut-Saint-Maurice et Mme Caroline Bérubé, présidente de la Fondation pour la santé du Haut-Saint-Maurice.

Des nouveaux locaux afin d'améliorer les services de réadaptation en déficience physique à Trois-Rivières

Le 16 octobre 2017, c'est en présence de représentants politiques, du comité des usagers, de la Fondation InterVal et de membres du personnel que la direction générale adjointe aux programmes sociaux et de réadaptation a procédé à l'inauguration des nouveaux locaux du centre de réadaptation en déficience physique du CIUSSS MCQ. Fraîchement rénové et agrandi, l'édifice situé à Trois-Rivières permet de regrouper, à un même endroit, les différents services d'aides techniques en déficience motrice au plus grand bénéfice des usagers et du personnel. La construction des nouveaux locaux représente un investissement total de 3,6 millions de dollars.

Lors de la coupe officielle du ruban, de gauche à droite : Mme Lyne Girard, DGA aux programmes sociaux et de réadaptation et directrice du programme DI-TSA-DP, Mme Julie Boulet, ministre du Tourisme, ministre responsable de la région de la Mauricie et députée de Laviolette, M. Patrick Théorêt, président de la Fondation InterVal, M. Pierre Gélinas, président du comité des usagers des services de réadaptation physique et M. Jean-Denis Girard, député de Trois-Rivières.

Séances publiques d'information du CIUSSS MCQ : Jasons santé services sociaux

Les 3, 10, 17 et 24 octobre 2017 se sont tenues des séances publiques d'information à La Tuque, Victoriaville, Louiseville et Nicolet avec le conseil d'administration et la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. L'invitation à la population à venir échanger avec la direction sur ce qui les préoccupe et le partage avec elle des résultats accomplis à ce jour par nos équipes a connu un franc succès. La présence de plus de 200 personnes aux 4 séances publiques d'information comparativement aux 57 personnes qui s'étaient déplacées l'année dernière pour les 3 séances le démontre bien!

Prix

Madame Diane Gagnon du CUCI et le comité des usagers et des résidents du Haut-Saint-Maurice reçoivent les grands honneurs!

C'est en octobre 2017, lors du congrès annuel du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU), que M^me^ Diane Gagnon, présidente du Comité des usagers du centre intégré (CUCI) et que le comité des usagers du Haut-Saint-Maurice se sont mérité respectivement des prix d'excellence.

Prix personnalité

M^me^ Diane Gagnon est présidente du CUCI depuis 2015. Elle agit aussi comme membre active du comité des usagers de Trois-Rivières depuis près de 10 ans et comme présidente depuis 5 ans. Elle s'est mérité un prix d'excellence dans la catégorie *Personnalité*.

M^me^ Diane Gagnon est entourée de M^me^ Catherine Magny de Lobe Santé auditive et communication, et par M. Claude Ménard, président du RPCU. Crédit photo : Claude Guillet, RPCU.

Prix Promotion

Le *Prix Promotion*, qui souligne l'engagement d'un comité des usagers ou de résidents, a été attribué au Comité des usagers du Haut-Saint-Maurice pour l'installation de la bannière « J'attends votre visite » sur le mur extérieur du Centre de services et de la santé au travail du Haut-Saint-Maurice. Il s'agit, à la fois, d'une belle invitation lancée à la population et d'un moyen original pour faire connaître le comité des usagers et de résidents.

Le Comité des usagers d'Arthabaska-et-de-l'Érable figurait aussi parmi les finalistes dans cette catégorie pour son projet d'encart promotionnel dans les hebdos et sa série de conférences organisées pour la population.

Félicitations à tous!

De gauche à droite : M^me^ Doris Poirier, membre du comité; M^me^ Nicole Poirier, présidente du comité; M. Normand Jutras, curateur public du Québec; M^me^ Madeleine Larouche, membre du comité; M^me^ Francine Turcotte, membre du comité; M. Claude Ménard, président du Regroupement provincial des comités des usagers.

Le Prix Triangle Jean Amyot remis à Laurie-Ève Rouette, membre du personnel du CIUSSS MCQ

Toutes nos félicitations à Mme Laurie-Ève Rouette, fraîchement graduée du collège Garneau, ayant reçu, le 15 septembre 2017, le *Prix Triangle Jean Amyot* de l'Association des techniciens en prévention incendie du Québec. Ce prix est remis à un individu s'étant illustré par son rendement scolaire durant sa formation en prévention des incendies, et ce, au cours de la dernière année. Nous sommes extrêmement fiers de compter Mme Rouette parmi les employés du CIUSSS MCQ. Elle travaille actuellement comme technicienne en prévention des incendies à la sécurité zone centre!

Deux médecins de la Mauricie honorés à l'assemblée annuelle du 12 mai 2017 de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Prix de l'enseignement en milieu rural 2017

Félicitations à Dr André Jacob qui a remporté le *Prix de l'enseignement en milieu rural 2017* en reconnaissance d'une contribution exceptionnelle d'un médecin de famille ou d'un médecin d'urgence à la vitalité de l'enseignement en milieu rural.

Dr Jean Pelletier et Dr André Jacob

Prix de l'enseignement aux études médicales de premier cycle 2017

Félicitations à Dre Karine Bouillon qui a remporté le *Prix de l'enseignement aux études médicales de premier cycle 2017* en reconnaissance d'une contribution exceptionnelle d'un médecin de famille ou d'un médecin d'urgence à l'enseignement auprès des étudiants et externes en médecine de l'Université de Montréal.

Dr Jean Pelletier, Dre Karine Bouillon et Dr Réjean Duplain

Nomination de M. Carol Fillion au poste de président-directeur général adjoint du CIUSSS MCQ

Les membres du conseil d'administration du CIUSSS MCQ et M. Martin Beaumont, PDG, étaient heureux d'annoncer la nomination de M. Carol Fillion au poste de PDGA. M. Fillion est entré en fonction le 10 octobre 2017.

Une œuvre installée au département d'hémato-oncologie au CHAUR fait l'objet d'un prix *Art excellence 2018* de Culture Mauricie

C'est sous le thème « Connecté sur l'excellence » que Culture Mauricie a dévoilé les lauréats de la 18e édition de sa remise de prix annuelle *Arts Excellence*. Au printemps dernier, l'artiste Alejandra Basanes a remporté le prix *Production métiers d'art 2018* de Culture Mauricie pour la réalisation de l'oeuvre *Les saisons*. Cette œuvre est installée au département d'hémato-oncologie du CHAUR, et ce, dans le cadre de la politique d'intégration des arts du ministère de la Culture et des Communications.

Félicitations à Madame Hélène Olivia Lapointe!

Le 20 juin 2017, M^me^ Hélène Olivia Lapointe, technologiste médicale (laboratoire), a reçu les félicitations du CA pour l'obtention du prix *Relève 2017* de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ,) ainsi que pour son implication dans l'organisation. M. Bruno Vaillancourt, coordonnateur de la biologie médicale, avait rédigé un résumé des accomplissements de M^me^ Lapointe pour en faire la présentation aux membres du CA.

M. Bruno Vaillancourt, coordonnateur de la biologie médicale et M^me^ Hélène Olivia Lapointe, avec le prix de son ordre professionnel.

Prix régional *Innovation clinique Banque Nationale 2017*

Le 10 mai 2017, le prix *Innovation clinique Banque Nationale 2017* de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Mauricie et du Centre-du-Québec (ORIIMCQ) a été décerné au projet intitulé *Laboratoire anatomique pour la formation des futures infirmières : stratégies pédagogiques d'apprentissage et de consolidation des acquis*, élaboré par trois infirmières et enseignantes en soins infirmiers au Collège de Shawinigan. Félicitations pour ce projet novateur!

M^me^ Martine Sévigny, conseillère aux services transactionnels de la Banque Nationale du Canada, succursale Jean XXIII, Trois-Rivières. Les récipiendaires sont : M^mes^ Josiane Gagnon, Hélène Turgeon, et Francine Gélinas. L'équipe a reçu une bourse de 1 000 $ remise par la présidente de l'OIIQ, M^me^ Lucie Tremblay et commanditée par la Banque Nationale du Canada. Une plaque souvenir en guise de félicitations a été offerte par l'ORIIMCQ.

Prix *Florence de la Relève* de l'OIIQ décerné à Véronique Brassard

Le 3 mai 2017 à Montréal se tenait la soirée des prix *Florence* de l'OIIQ. Cet événement prestigieux permet de rendre hommage à des infirmières ayant marqué la profession par leurs réalisations, et ce, dans plusieurs catégories. Cette année, le prix de la *Relève* a été décerné à une jeune infirmière de 25 ans du CIUSSS MCQ, Véronique Brassard. Malgré son jeune âge, Véronique se démarque par son engagement et sa passion envers la profession infirmière.

Après avoir travaillé en pédiatrie et en hémato-oncologie pédiatrique, elle découvre les soins de plaies. Une nouvelle passion est née! Rapidement, elle décroche un diplôme de stomothérapie, s'inscrit au microprogramme de deuxième cycle en soins de plaies et entreprend sa maîtrise afin de contribuer activement à l'avancement de la pratique dans ce domaine. Félicitations!

***Prévention du tabagisme* : Des étudiants de Chavigny et une infirmière clinicienne du CIUSSS MCQ récipiendaires d'un prix reconnaissance**

En juin 2017, les élèves et le personnel de l'école secondaire Chavigny, située à Trois-Rivières, recevaient une reconnaissance importante du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) pour les actions de prévention mises en place afin de sensibiliser les étudiants aux dangers du tabac. Cette reconnaissance est accompagnée d'un trophée et d'une bourse de 300 $. Soutenues et encouragées par madame Danielle Lamothe, infirmière clinicienne au CIUSSS MCQ en santé scolaire au secondaire depuis 15 ans, plusieurs initiatives originales ont été mises de l'avant pour interpeller les élèves. Parmi celles-ci, une des nouveautés de l'année est *Le couloir de la liberté* qui est issu des différentes suggestions du comité *École en santé* de Chavigny et des élèves de la *gang allumée*. Félicitations à M^me^ Lamothe et à tous les élèves qui ont pris part à ces actions de prévention contre le tabac!

Un prix de l'Association canadienne pour l'éducation médicale remis à Dre Diane Robert
Lors de la *Conférence canadienne sur l'éducation médicale* (CCÉM), qui se tenait le 29 avril 2017 à Winnipeg, Dre Diane Robert s'est vu décerner un prix de l'Association canadienne pour l'éducation médicale (l'ACÉM). Ce prix a pour objectif de reconnaître et de récompenser l'engagement et la contribution de membres du corps professoral à l'éducation médicale au sein de leur faculté de médecine. Félicitations Docteure Robert!

Une reconnaissance toute particulière pour madame Josée Simoneau
Le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal a récemment reconnu l'implication de Mme Josée Simoneau pour son important engagement à titre de directrice des soins infirmiers associée à la faculté. Mme Simoneau siège, depuis plusieurs années, sur la *Table des soins infirmiers du RUIS*, regroupant les directrices des soins infirmiers du RUIS qui traite, entre autres, des formations continues, des affaires facultaires, des études supérieures, du volet recherche, des stages et du plan d'action de la Table des soins infirmiers. Encore bravo pour cette belle implication et ce grand dévouement!

Bons coups

Une rencontre d'échange constructive au Centre de services du Haut-Saint-Maurice
Le 26 janvier 2018, le PDG et le PDGA ont répondu à l'invitation de l'équipe des gestionnaires ayant leur port d'attache à La Tuque de venir les rencontrer. L'objectif visé était de faire, ensemble, un état de situation du Centre de services du Haut-Saint-Maurice depuis la création du CIUSSS MCQ. Tous les participants ont trouvé cette rencontre enrichissante et ont convenu de se tenir informés de l'évolution des différentes actions découlant de cet échange très constructif.

Sur la photo de gauche à droite : M. Yves Tessier, chef des services techniques, Mme Carole Dufour, chef de service en hébergement, Mme Geneviève Lavoie, chef de service SAPA, Mme Nathalie Martel, chef de service soins infirmiers, M. Martin Beaumont, PDG, Mme Édith Bérubé, coordonnatrice des services administratifs et techniques, M. Michel Alain Laforest, chef des services professionnels et de la pertinence clinique, M. Carol Fillion, PDGA, M. Sébastien Fleury, coordonnateur des activités de jour et à l'efficience clinique, Mme Sandra Burquel, chef de service programme santé mentale adulte, Mme Kim Riberdy, chef des services administratifs et de la logistique. Absente sur la photo : Mme Mélanie Trudel, chef des services multidisciplinaires.

10e édition du *Dîner des chefs* | Prendre plaisir à table à tout âge : Les résidents et leurs proches se prononcent sur les repas en centre d'hébergement
Près de 160 résidents et leurs proches des 11 centres d'hébergement de Trois-Rivières, de Bécancour–Nicolet-Yamaska et de Maskinongé du CIUSSS MCQ ont participé à l'événement *Dîner des chefs* le 6 octobre 2017. Le même objectif anime les organisateurs depuis 10 ans : offrir aux résidents du plaisir à table malgré le fait que leur condition ne leur permet plus de cuisiner. Nous le savons,

bien manger et déguster est l'un des plaisirs de la vie. Le temps du repas est d'autant plus agréable lorsque nous essayons de nouveaux aliments et dégustons un repas avec nos amis et proches.

De gauche à droite, les cuisiniers M. Joey Mackinnon, du Centre d'hébergement Avellin-Dalcourt à Maskinongé, M. Simon Dauphinais-Lefebvre, du Centre d'hébergement Roland-Leclerc, Mme Audrey Milot, du Centre d'hébergement Cloutier-du-Rivage, Mme Carmen Boucher, du Centre d'hébergement de Bécancour-Nicolet-Yamaska et M. Christian Delisle, du Centre d'hébergement Cooke.

Un nouveau mécanisme pour faciliter les liens avec les fondations du CIUSSS MCQ

Même si des mécanismes existaient déjà entre le CIUSSS MCQ et les fondations, il y avait un besoin d'améliorer les communications quant à l'état d'avancement des divers dossiers. La Direction des services techniques a été nommé maître d'œuvre pour la réalisation de ce projet. Cet arrimage permet de renforcer le partage des préoccupations de chaque fondation et, par conséquent, d'apporter une meilleure prise en charge des projets.

Cardiopédiatrie et clinique de génétique pédiatrique à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Afin de répondre aux besoins croissants des enfants pour des consultations en cardiologie dans le RLS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, une nouvelle clinique ambulatoire de cardiopédiatrie a été aménagée à l'unité de pédiatrie de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska. Ouverte depuis le 29 juin 2017, près de 20 enfants par mois bénéficient de ce service, ce qui équivaut à environ 240 familles par année. Depuis le 15 mars 2018, il y a également eu un aménagement d'une clinique ambulatoire de génétique pédiatrique à l'unité de pédiatrie de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska.

Première édition du Colloque SARROS des externes 2017 tenu à Trois-Rivières

Les 7 et 8 avril derniers avait lieu la première édition du Colloque SARROS des externes en médecine au Centre des congrès de l'hôtel Delta de Trois-Rivières. Une centaine d'externes en médecine de partout en province y ont participé. Que signifie SARROS? SARROS est l'acronyme qui signifie : Soutien Aux Régions pour le Recrutement des Omnipraticiens et des Spécialistes. L'équipe SARROS est composée de représentants des 11 régions qui bénéficient de mesures incitatives pour favoriser l'installation de médecins dans ces endroits au Québec. En Mauricie et au Centre-du-Québec, c'est La Tuque qui est région SARROS, donc désignée éloignée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les participants à cet événement ont bien apprécié cette première expérience et les organisateurs croient sincèrement actualiser une deuxième édition. Merci à tous les externes en médecine participants!

Le Colloque en troubles graves du comportement du SQETGC - CIUSSS MCQ : une 16e édition très appréciée

Plus de 260 intervenants provenant de 18 CISSS et CIUSSS, de plusieurs écoles et commissions scolaires, du RNETSA, de l'INESSS, et de l'Institut universitaire en DI et en TSA et du MSSS ont participé, les 30 novembre et 1er décembre 2017, au colloque du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement. Le double diagnostic pour éviter des erreurs lors de l'évaluation d'une personne présentant une DI ou un TSA a été abordé par madame Charlot, une psychologue du développement qui travaille depuis plus de 30 ans avec des personnes présentant une DI ou TSA. Puis, le PDG du CIUSSS MCQ, M. Martin Beaumont, a dévoilé les critères des premiers *Prix innovation TGC* qui seront remis lors du colloque 2018.

Le PDG du CIUSSS MCQ, M. Martin Beaumont, en compagnie de Mme Isabelle Théroux, chef de service du SQETGC et de M. Martin Bigras, président sortant de la Communauté de pratique en TGC et actuel coordonnateur de l'IU en DI-TSA.

Les colloques Viactive, toujours aussi populaires

Afin de favoriser le réseautage, d'assurer la formation continue et de reconnaître la grande implication des animatrices et animateurs de séances d'activité physique auprès des aînés de la Mauricie et du Centre-du-Québec, la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSPRP) du CIUSSS MCQ accueillait les animatrices et animateurs du programme Viactive lors des colloques régionaux annuels. Encore cette année, ces événements ont été couronnés de succès puisque 120 personnes provenant de 53 groupes Viactive différents ont assisté au colloque du Centre-du-Québec ayant eu lieu le 29 septembre 2017 à l'hôtel Le Dauphin de Drummondville. En ce qui concerne le colloque de la Mauricie, ce sont 176 personnes provenant de 72 groupes Viactive qui ont assisté à cet événement qui s'est tenu le 27 octobre 2017 à l'Auberge des Gouverneurs de Shawinigan. Bravo pour ce grand succès!

Signature d'une entente de collaboration en santé mentale

La Direction du programme santé mentale adulte et dépendance est fière d'annoncer qu'une entente de collaboration a été signée avec six organismes regroupés sous la Table sectorielle des associations des membres de l'entourage (TAME 04-17). Cette entente de trois ans prévoit l'implantation de mesures visant la reconnaissance, le soutien et l'implication des membres de l'entourage des personnes présentant un trouble majeur de santé mentale. En effet, les membres de l'entourage d'une personne atteinte d'un trouble mental vivent souvent un degré de détresse psychologique élevé et leur implication contribue au rétablissement de leur proche. Des actions seront donc graduellement mises en place afin que les membres de l'entourage soient systématiquement renseignés sur l'existence des services et des ressources, puis référés vers l'organisme de leur territoire. Des modalités de suivi facilitant leur implication auprès de leur proche seront également mises en œuvre, et ce, toujours dans le respect des droits de chacun.

Dans l'ordre habituel : M^me^ Nathalie Tremblay, directrice de l'Association LE PAS (Victoriaville), M^me^ Karine Gauthier, directrice de La Passerelle (Nicolet-Bécancour), M. Jonathan Lacasse, coordonnateur du Périscope (Shawinigan), M^me^ Karine Leroux, directrice de l'APAME (Drummondville), M^me^ Marianne Cornu, directrice du Gyroscope du Bassin de Maskinongé (Louiseville), M^me^ Josée Bourassa, directrice de La Lanterne (Trois-Rivières) et M^me^ Christine Laliberté, directrice, programme santé mentale adulte et dépendance au CIUSSS MCQ.

Service de santé mentale | Une équipe « FACT » voit le jour à Nicolet

C'est avec beaucoup de fierté que, le 19 juin 2017, la création de la toute première équipe « FACT » (Flexible Assertive Community Treatments) au sein des services de santé mentale de la région de Bécancour–Nicolet-Yamaska (BNY) a été soulignée. Grâce au soutien du Centre national d'excellence en santé mentale du Québec, le CIUSSS MCQ est en mesure de mettre en place une organisation de services novatrice pour la population du territoire de BNY. L'approche préconisée par l'équipe « FACT » est centrée sur les réels besoins des usagers ayant des problèmes de santé mentale, et ce, en leur offrant des services dans la communauté. L'équipe « FACT » utilise une approche flexible et qui varie selon le niveau de soins requis. Une seule équipe interdisciplinaire prend en charge la clientèle du territoire et se déploie directement dans le milieu où l'usager réside.

À l'avant : M^me^ Audrey Renaud (psychoéducatrice), M^me^ Marie-Andrée Boudreau (spécialiste en activité clinique), M^me^ Claudine Fecteau-Mc Clure (travailleuse sociale), M. Guillaume Bélanger (intervenant pair aidant), et M^me^ Marie-Eve Larochelle (technicienne en assistance sociale). À l'arrière : M. Normand Vachon (chef de service santé mentale de proximité), M. Reagan Munzungu-Losso (infirmier clinicien), M. Louis Beauregard (éducateur) et M. Alexandre Gagnon (éducateur.)

M. Nicholas Zorn, un conférencier qui partage son expérience sur les services de protection

Le 3 octobre 2017, M. Zorn était de passage au Collège Laflèche pour animer une conférence organisée en collaboration avec l'UQTR et la Fondation du Centre jeunesse Mauricie-Centre-du-Québec. Devant près de 300 personnes, M. Zorn a livré un message très inspirant en présence d'étudiants du Collège Laflèche, de l'UQTR et des gens de la communauté.

M. Luc Pellerin, directeur général du Collège Laflèche, M. Ghyslain Demers, professeur au Collège Laflèche et animateur des Grandes Rencontres du Collège Laflèche, M. Nicolas Zorn, auteur, conférencier et chercheur à l'Institut du Nouveau Monde, Me André Gabias, avocat et président de la Fondation Centre jeunesse Mauricie Centre-du-Québec, et M. Jason Luckerhoff, professeur à l'UQTR et vice-président de la Fondation Centre jeunesse Mauricie Centre-du-Québec.

L'implantation du dossier médical électronique au GMF-U de Shawinigan : Ensemble vers ce virage technologique nécessaire!

Tout le personnel, les résidents et les médecins du GMF-U de Shawinigan ont été félicités par le chef de service, M. Jean-Yves Lavoie, pour le succès obtenu lors de l'implantation du dossier médical électronique (DME) le 26 juin 2017. Cette équipe a été fortement sollicitée lors de cette grande année de changements dans les pratiques au quotidien. À la suite de l'arrivée de nouvelles ressources en lien avec le programme GMF, du passage au mode accès adapté et de la croissance du nombre de médecins, l'équipe a su relever avec brio ce dernier jalon pour être un GMF-U à la fine pointe de la technologie.

L'équipe du GMF-U de Shawinigan

Mission accomplie : 1 000 « Héros en 30 » formés à La Tuque!

Lors du lancement du projet pilote DEA Haut-Saint-Maurice (DEA pour défibrillateur externe automatisé) en novembre 2016, un comité local formé de gens dynamiques et impliqués s'était donné le défi de former gratuitement 1 000 personnes pour en faire des « Héros en 30 ». C'est avec beaucoup de fierté que l'objectif a été atteint pendant le Salon des commerçants et artisans du Haut-Saint-Maurice qui avait lieu les 6 et 7 mai 2017. Merci aux instructeurs qui ont formé, au cours des derniers mois, tous ces « Héros en 30 » à La Tuque, La Croche, Parent et Lac-Édouard. Grâce à la collaboration financière de la Banque de techniciens ambulanciers du Québec (BTAQ) et la contribution de bénévoles engagés, la formation de 30 minutes « Héros en trente », afin d'apprendre les gestes essentiels (RCR sans ventilation) pour sauver une vie, a pu être offerte gratuitement à la population.

On reconnaît M. Serge Mathieu et Mme Louise Prince, parrains du projet, M. Alain L'Heureux, 1 000e « Héros en 30 » formé à La Tuque, M. Normand Beaudoin, maire de La Tuque et M. Jimmy Lessard, membre du comité local DEA Haut-Saint-Maurice. Crédit : Photo TC Media – Michel Scarpino.

Mini-Défi : le dépassement de soi par le sport et la fierté

Près de 90 jeunes présentant une déficience motrice, auditive ou visuelle étaient réunis le 11 novembre 2017 lors du Mini-Défi qui leur permet de faire connaissance et de vivre une expérience positive face au sport. La fierté ressentie par les participants qui accomplissent différentes épreuves durant la journée est aussi partagée par le président d'honneur, M. Yves Bourque, un employé du CIUSSS MCQ impliqué depuis le tout début et lui-même athlète aux Jeux paralympiques d'hiver 2018 à Pyeongchang en Corée du Sud. Qui dit communauté, dit implication de bénévoles et de partenaires contribuant à la réussite de cet événement : remerciements aux étudiants du programme de Techniques d'intervention en loisir du Collège Laflèche, à l'Unité

régionale du loisir et du sport de la Mauricie (URLS), à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) ainsi qu'à la Fondation InterVal du CIUSSS MCQ. Bravo pour ce bel événement!

M. Michel-Robert Masson : favoriser les changements sociaux par l'enseignement

Du 24 juin au 16 juillet 2017, M. Michel-Robert Masson, psychoéducateur et superviseur clinique en DI-TSA et chargé de cours au département de psychoéducation de l'UQTR, a séjourné à Libreville, au Gabon, pour réaliser une mission d'enseignement. Sur place, il a partagé des fondements théoriques et différentes approches d'intervention en déficience physique et intellectuelle à un groupe de 20 professeurs gabonais en éducation spécialisée, de l'Institut national de formation d'action sanitaire et sociale (INFASS).

M. Michel-Robert Masson (au centre) en compagnie de professeurs de l'INFASS.

Projet OPUS-AP : Moins d'antipsychotiques pour nos aînés hébergés dans les CHSLD

Au Québec, entre 40 et 60 % des aînés hébergés prennent des antipsychotiques sans avoir reçu un diagnostic de psychose, alors que 5 à 10 % seulement en auraient réellement besoin. Afin d'améliorer leur qualité de vie, Québec lance une démarche visant à optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques (OPUS-AP). Ce sont donc 24 CHSLD de partout au Québec, dont le Centre Christ-Roi de Nicolet, qui participent à la première phase d'OPUS-AP, laquelle a été lancée les 29 et 30 novembre 2017, à Montréal. Les autres CHSLD emboîteront le pas progressivement d'ici 2021. Les objectifs de cette démarche sont cohérents avec les résolutions prises par les PDG des établissements à l'issue du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD, qui s'est tenu l'an dernier. Lors de ce forum, les PDG s'étaient engagés à améliorer la qualité de vie des résidents par des gestes concrets, fondés sur des approches qui ont fait leurs preuves.

À titre de participants à la phase 1 d'OPUS-AP étaient présents à l'atelier de lancement du 29 et 30 novembre 2017, M^me^ Marie-Josée Proulx, PAB, M^me^ Hélène Massé, chef d'unité en hébergement Christ-Roi et chef de projet local, M. Michaël Arguin, pharmacien, et M. Martin Beaumont, PDG du CIUSSS MCQ et co-président du comité directeur.

Mettre son vécu au profit des autres

Afin de soutenir les femmes atteintes du cancer du sein, l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie, par l'entremise de l'équipe d'hémato-oncologie, a procédé le 26 mars 2018 à l'implantation du projet Parole-Onco, financé par les Instituts de recherche de santé du Canada (IRSC). Il vise à intégrer des femmes qui ont vécu la maladie au sein de l'équipe médicale, afin d'accompagner des usagères qui vivent un cancer du sein. Les usagères-ressources accompagnatrices (URA) sont habilitées par leur expérience à aider d'autres usagères et à faire connaître les ressources disponibles. Une évaluation des effets et des impacts des URA est réalisée par une équipe de chercheurs, des usagers et en collaboration avec le service à la qualité, démarche d'agrément et expérience usager sous la direction de Marie-Pascale Pomey, médecin et professeur-chercheur de la Chaire de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal.

Sur la photo : M^me^ Marie-Pascale Pomey, de la Chaire du centre hospitalier universitaire de Montréal, M^me^ Carole Pothier, usagère-ressource accompagnatrice et M^me^ Sylvie Limoges, directrice adjointe du Programme de lutte contre le cancer, douleur chronique et services spécialisés.

Projet pilote « Quatuor » : Faire le point entre intervenants pour améliorer le séjour hospitalier de l'usager

Depuis avril 2017, une équipe formée de différents intervenants travaillant au CHAUR a mis en place un projet novateur pour améliorer la qualité des soins et des services offerts à l'usager et à sa famille. Ce projet pilote nommé Quatuor est déployé sur l'unité de médecine au 5B. Celui-ci consiste à tenir de courtes rencontres de type caucus, deux fois par semaine, et impliquant différents intervenants. L'objectif de ces rencontres est de faire le point, tous ensemble, sur la condition de l'usager. L'équipe priorise ensuite les soins et coordonne l'ensemble des actions pour améliorer le séjour de l'usager.

1re rangée de gauche à droite : Mme Valérie Spagnolo, PAB, Mme Ève Hébert, infirmière, Mme Danielle Dubé, infirmière, Mme Mélissa Lampron, PAB - 2e rangée : Mme Sylvie Lafontaine, PAB, Mme Isabelle Dauphinais, TRP, Mme Jeanne Adam, infirmière, Mme Mélanie Drainville, ergothérapeute, Mme Nathalie Barriault, infirmière, M. Dany Maher, chef du service - 3e rangée : M. Michael Roy, infirmier auxiliaire, M. Michael Lafrenière, infirmier auxiliaire, Mme Tatianna Ambrosio de Lima, physiothérapeute, Mme Ariane Laporte-Laliberté, infirmière auxiliaire, Mme Amélie Plamondon-Jean, nutritionniste, Mme Stéphane Garceau, travailleur social, Mme Nathalie Racine, infirmière de liaison et Dr André Fortin, médecine générale.

Une salle multisensorielle au Centre d'hébergement Frederik-George-Heriot : Une approche alternative pour contribuer au bien-être des résidents

L'équipe du Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot de Drummondville est heureuse d'offrir à ses résidents atteints de troubles neurocognitifs une nouvelle salle multisensorielle. Inspirée de l'approche thérapeutique Snoezelen, cette salle permet aux résidents de se retrouver dans un environnement apaisant, sécurisant et confortable. Différentes expériences sensorielles (musique douce, odeurs réconfortantes, images projetées, panneau avec différentes textures à manipuler, chaise vibrante, lumière tamisée, etc.) favorisent la relaxation, augmentent la concentration et l'interaction et permettent de diminuer certaines tensions que vivent les utilisateurs. Accompagnés d'un intervenant ou de membres de leur famille, tous les résidents du CHSLD pourront fréquenter cet endroit. Une unité mobile a également été pensée afin que les résidents qui ne peuvent se déplacer puissent aussi vivre cette expérience et profiter de ses bienfaits dans le confort de leur chambre. Ce projet, au coût de 28 000 $, a été rendu possible grâce à la contribution de la Fondation Sainte-Croix/Heriot qui a en assumé le coût total.

Mme Marie-Claude Leblanc, préposée aux bénéficiaires et préposée aux activités dirigées, M. Gilles Laniel, résident, et son épouse Mme Marie-Thérèse Laplante, M. Éric Gervais, technicien en loisirs, et Mme Andréa Ricard, chef d'unité à l'hébergement du 3e Nord, dans la salle multi sensorielle du Centre d'hébergement Frederik-George-Heriot.

Tournée des corps policiers de la Mauricie et du Centre-du-Québec par la DPJ dans l'intérêt des enfants, des adolescents et des familles

La Direction de la protection de la jeunesse - Direction provinciale a initié une démarche, en février 2017, afin d'effectuer une tournée des différents corps policiers de la Mauricie et du Centre-Du-Québec. L'objectif de cette démarche est de créer un lieu de discussion sur les enjeux mutuels des deux organisations et de solidifier leur partenariat, en misant sur une meilleure connaissance de leurs missions respectives. Lors de ces rencontres, plusieurs sujets sont abordés. Une présentation de la trajectoire des services jeunes et familles du CIUSSS MCQ, un point d'information sur l'obligation de signaler et une période d'échange sont notamment à l'ordre du jour de ces rencontres fort pertinentes. Dans le cadre de leurs fonctions, les policiers rencontrent régulièrement des enfants vulnérables, des adolescents en troubles de comportement et des familles en difficulté. Leur préoccupation pour ces derniers se traduit par le souci de communiquer, par le biais de signalements en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, ainsi que par leur présence dans divers processus relatifs à l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. Cette démarche se fait donc dans l'intérêt des enfants, des adolescents et des familles de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Visite V.I.P. en santé et services sociaux pour les jeunes du secondaire

Afin de répondre aux fréquentes demandes de stages d'observation des jeunes du secondaire, l'équipe de l'enseignement a organisé une activité spécialement consacrée à l'exploration professionnelle en santé et services sociaux. Pour cette première expérience, deux activités distinctes ont eu lieu à Victoriaville (le 17 novembre 2017) et à Shawinigan (le 1er décembre 2017). Plus de 75 jeunes de 5e secondaire, sélectionnés par les conseillers en orientation de leurs écoles, ont été accueillis dans nos murs pour faire une visite guidée de différents départements ou pour assister à des conférences avec nos professionnels. Le choix d'une profession nécessite plusieurs démarches et engendre divers questionnements. Nos invités de marque ont ainsi eu l'occasion d'échanger avec des employés du CIUSSS MCQ et de voir leur environnement de travail. Plus d'une quinzaine de professions en santé et services sociaux étaient présentés par nos employés, les meilleurs ambassadeurs que nous ayons!

Une employée passionnée : Mme Maryse Pinard dans son local d'ergothérapie.

4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

4.1 Les attentes spécifiques 2017-2018

La performance du CIUSSS MCQ au niveau du chapitre III de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) se résume par l'atteinte de 17 attentes spécifiques sur les 22 que contient l'EGI. Concernant les 5 autres attentes, 2 sont reportées et 3 ne sont pas atteintes.

Au chapitre IV, 21 indicateurs (36,2 %) sont en atteinte de l'engagement sur les 58 indicateurs inclus dans l'EGI ainsi que dans l'addenda.

Santé publique		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
2.1 Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	Réalisée à 100 %
Commentaires		

Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
2.2 Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	Réalisée à 100 %
Commentaires		
4 rencontres ont été réalisées en 2017-2018 soit les 2017-06-06, 2017-10-03, 2017-12-15 et le 2018-02-27.		

Services sociaux		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
3.1 Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.	Réalisée à 100 %
Commentaires		

Services sociaux		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
3.2 Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'usagers ayant participé au programme.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Un comité régional assure la coordination de la mise en œuvre de l'ensemble des composantes du programme d'aide personnelle, familiale et communautaire nouvelle génération (PAPFC2). Le programme est offert dans les 8 RLS, incluant le Haut-Saint-Maurice, depuis février 2018. De nouvelles ententes de collaboration avec des organismes communautaires ont été convenues. 70 % des composantes sont actuellement mises en œuvre, l'échéancier pour un déploiement à 100 % étant le 31 mars 2020.		

Services sociaux		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
3.3 Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
94 % des résidents en CHSLD ont un SMAF à jour et un plan. La vaste majorité du 6 % est composée des résidents nouvellement admis, peu avant le 31 mars 2018, pour lesquels le plan d'intervention post-admission (4 à 6 semaines) n'avait pas encore été réalisé. Ceux-ci sont planifiés en avril et au début du mois de mai. Donc, 100 % des résidents admis moins de 4 semaines avant le 31 mars 2018 sont rejoints.		

Services sociaux		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
3.4 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Rapport en voie d'être complété et sera transmis le 31 mai 2018.		

Services sociaux		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
3.5 Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Données transmises dans GESTRED (Système de suivi de gestion et de reddition de comptes) le 6 avril 2018 concernant le déploiement des mesures cliniques. Le suivi des engagements au niveau de l'Institut universitaire est réalisé en continu par la DEURI.		

Services sociaux		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
3.6 ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Document transmis (gabarit) le 15 mai 2018 au MSSS et à l'équipe de l'entente de gestion et d'imputabilité du CIUSSS MCQ. Un comité de fluidité a été mis en place dans l'établissement qui assure le suivi des travaux mensuels. Il regroupe toutes les instances qui peuvent cibler les actions prioritaires.		

Services sociaux		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
3.8 ADDENDA – Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	Non réalisée à 100 %
Commentaires		
Raisons de la non-réalisation : • Pénurie de personnel • Équipements manquants L'attente est présentement réalisée à 0,7 % Mesures entreprises pour assurer la réalisation à 100 % Une procédure d'attribution d'un deuxième soin d'hygiène complet pour les résidents en CHSLD a été rédigée et est en cours d'implantation. Nous sommes présentement en démarche de représentations avec les instances syndicales afin de favoriser l'implication du personnel dans la révision des plans de travail. Finalement, les postes se rattachant à l'investissement ont été dotés. Toutefois, les personnes attitrées n'ont toujours pas commencé sur leur nouvelle assignation. Informations supplémentaires : La MCQ a dû faire face à une pénurie importante de ressources « préposés aux bénéficiaires » de façon plus		

Services sociaux		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
spécifique, et ce, malgré de nombreuses démarches pour intervenir dans la situation. Les discussions avec la partie syndicale engendrent des délais dans l'implantation du deuxième bain. <u>Note sur la méthodologie de calcul du 0,7 % :</u> (Nombre de résidents admissibles pour un deuxième bain/douche par semaine qui bénéficient présentement d'un deuxième bain/douche divisé par Nombre de résidents admissibles pour un deuxième bain/douche par semaine multiplié par 100.)		

Services de santé et médecine universitaire		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
4.3 État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Document envoyé le 24 avril 2018.		

Services de santé et médecine universitaire		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
4.4 État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	Non réalisée à 100 %
Commentaires		
En cours de rédaction. Présentement réalisée à 90 % et la réalisation complète est prévue pour le 31 mai 2018. Sera envoyée directement aux ententes de gestion du MSSS tel que demandé dans l'état d'implantation, et ce, au plus tard le 31 mai 2018.		

Services de santé et médecine universitaire		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
4.5 État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
L'autoévaluation pour le continuum de services lié à l'accident vasculaire cérébral (AVC)-Plan d'action biennal – 2016-2018 et une mise à jour du plan d'action ont été complétées et transmises le 31 octobre 2017.		

Services de santé et médecine universitaire		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
4.6 État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
16 activités sur 16 qui devaient être réalisées au 31 mars 2018 le sont. Il reste 20 activités sur 36 à compléter pour le 31 mars 2019.		

Services de santé et médecine universitaire		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
4.7 Investissements en santé mentale dans l'établissement – Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et	Prendre part à un processus d'accompagnement avec le CNESM dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre.	Réalisée à 100 %

Services de santé et médecine universitaire		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
de premier épisode psychotique (PEP)		
Commentaires		

Services de santé et médecine universitaire		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
4.8 Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	Réalisée à 100 %
Commentaires		

Financement, infrastructure et budget		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
6.1 Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Dans le cadre de cette démarche d'audit, nous avons inclus aux mandats les travaux d'élaboration de nos registres d'amiante ainsi que l'inspection des façades, deux obligations légales.		

Financement, infrastructure et budget		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
6.2 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Stratégie élaborée et à intégrer dans une politique de développement durable.		

Coordination réseau et ministérielle		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
7.1 Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : • de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; • du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; • de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Bons coups de l'établissement : • Élaboration d'un exercice dans le cadre du Festival western de St-Tite, en collaboration avec plusieurs partenaires régionaux, la municipalité et l'organisation du festival. • Participation à la coordination de l'accueil des demandeurs d'asile avec le CIUSSS Centre-Sud de Montréal et divers partenaires.		

Coordination réseau et ministérielle		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
7.3 Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : • maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; • compléter la phase d'établissement du contexte du processus; • compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	Non réalisée à 100 %
Commentaires		
Raisons de la non-réalisation : La phase d'établissement du contexte du processus et la phase d'appréciation des risques du processus ne sont pas complétées. Plusieurs dossiers et événements ont ralenti la démarche (inondations). Réalisée à 50 % et la réalisation complète est prévue pour le 31 décembre 2018. Mesure entreprise pour assurer la réalisation à 100 % Collaboration avec les membres du COPIN (comité de planification des interventions), afin de compléter les deux phases manquantes.		

Coordination réseau et ministérielle		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
7.4 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le CA de l'établissement.	N. A.
Commentaires		
Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.		

Coordination réseau et ministérielle		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
7.5 Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le CA.	N. A.
Commentaires		
Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.		

Coordination réseau et ministérielle		
Attente spécifique	**Description de l'attente spécifique**	**État de réalisation**
7.6 État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Plan d'action réalisé et transmis le 11 septembre 2017.		

4.2 Engagements annuels

Santé publique			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	94,0	63,8 (R)	N. A.
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	93,0	93,9 (V)	N. A.
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	90,0	83,9 (J)	N. A.
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	75,0	73,7 (J)	N. A.
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	5 028	5 211 (V)	5 000

Commentaires

1.01.13.01

Concernant les statistiques École en santé (ÉES) en lien avec le faible pourcentage des statistiques, voici les explications :

- On a observé des irrégularités dans la saisie de données pour inscrire les statistiques pour certains territoires. Ce qui a entraîné un manquement important de statistiques au cumulatif.
- Les répondantes concernées ont fait le lien avec leur pilote local pour valider leurs données et faire les corrections nécessaires.
- La date ultime pour inscrire des statistiques est le 25 mai 2018.
- Le total des écoles ayant entamé des actions en promotion/prévention (P/P) serait approximativement de 90 % avec les ajustements en date du 15 mai 2018.

Il faut noter que l'atteinte de la cible peut varier d'une année à l'autre pour les raisons suivantes :

- Différents intervenants (substituts) travaillant en milieu scolaire qui actualisent des actions de P/P peuvent faire l'objet d'une statistique : répondantes ÉES, nutritionnistes, kinésiologues, infirmières, hygiénistes dentaires. S'il y a une absence, une maladie d'un intervenant durant l'année, il se peut que certaines actions ne soient pas réalisées.
- Il se peut aussi qu'une école décide de prendre en charge une action en P/P par son personnel scolaire ou par un organisme de la communauté. Ces actions ne sont alors pas considérées dans le calcul des données puisque la personne ne travaille pas au CIUSSS.
- Il y a d'autres imprévus, ex : cette année une école du territoire est passée au feu, les élèves ont été relocalisés dans un autre milieu scolaire.

Vaccination (1.01.27, 1.01.28 et 1.01.30)

Poursuite des actions ciblées auprès des RLS où la cible n'est pas atteinte.

Facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement :

Entre autres : Difficulté à rejoindre la clientèle considérant le faible volume de clientèle dans les petits territoires.

À noter que les résultats sont nettement supérieurs à la moyenne provinciale 1.01.27 : 90,4 %; 1.01.28 : 75,2 %

Santé publique			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
et 1.01.30 : 62,2 %. Bons coups : Rappel téléphonique pour confirmation de rendez-vous, avis clinique de la DSI portant sur le ratio infirmière requis pour la vaccination permettant une harmonisation des pratiques sur l'ensemble du territoire, enseignement par les infirmières aux parents sur l'importance du respect des délais du calendrier de vaccination.			

Santé publique – Infections nosocomiales			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70,0	52,5 (R)	80,0
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	80,0	100,0 (V)	95,0
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95,0	100,0 (V)	95,0
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100,0	100,0 (V)	N. A.
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95,0	100,0 (V)	95,0
Commentaires			
1.01.26 Justifications de la « non-atteinte » de la cible : L'hygiène des mains est une responsabilité individuelle. Bien qu'on effectue de nombreuses activités de sensibilisation/éducation auprès des membres du personnel, plusieurs facteurs influencent l'application de cette bonne pratique. Mesures prises pour atteindre la cible : Des audits d'hygiène des mains sont effectués en continue selon les modalités prévues à la fiche explicative de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi qu'à la campagne québécoise des soins sécuritaires, des formations hygiène des mains sont prévues au plan de développement des compétences et dispensées à l'embauche			

Santé publique – Infections nosocomiales			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**

pour chaque employé. De nombreuses formations sur l'hygiène des mains et la prévention et contrôle des infections (PCI) sont dispensées aux différents titres d'emploi. Un plan de communication a été rédigé par le service de PCI et le service des communications. Un comité de travail interdisciplinaire a contribué à trouver des stratégies porteuses pour améliorer l'hygiène des mains. Des rétroactions sont actuellement faites auprès des équipes sur les unités de soins par l'équipe PCI à partir des données diffusées par unité et par titre d'emploi. Le plan de communication incluant des outils promotionnels est en cours de déploiement, la campagne de marketing social est lancée. La politique de PCI est adoptée au conseil d'administration et diffusée.

Infections nosocomiales (1.01.19.01 à 1.01.19.04)
Engagements atteints.

Services généraux			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	93,5	93,1 (J)	N. A.

Commentaires

L'engagement n'a pas été atteint par 0,4 %. Trois personnes ont quitté l'organisation au début de l'année 2018. Un comité d'amélioration continue se rencontre afin d'améliorer la performance du service.

En 2017-2018, il y a une augmentation du nombre d'appels par rapport à 2016-2017. Au niveau de la clientèle, le nombre d'appels répondus est passé de 36 217 appels à 38 279 appels. En ajoutant les lignes partenaires et interprofessionnelles, il s'est répondu 53 758 appels en 2017-2018 comparativement à 41 430 pour l'année 2016-2017.

Malgré le manque d'effectif à quelques reprises, l'accessibilité à l'Info-Social est demeurée pour la clientèle. Le délai moyen d'attente pour une réponse est de 48 secondes comparativement à 1 minute 16 secondes pour la moyenne provinciale.

Bon coup : Début d'un projet pilote avec le Service de police de la ville de Trois-Rivières. Depuis octobre 2017, les préposés de la centrale de répartition du poste de police (911) ont reçu une formation. La formation donnée par l'Info-Social MCQ a permis de mettre en place des processus, convenus entre les directions du service de police de Trois-Rivières et le CIUSSS MCQ. Ces processus permettent de transférer certains appels vers l'Info-Social. Il s'agit d'usagers qui ne présentent pas de danger imminent pour eux ou pour autrui, qui ne sont pas impliqués dans un crime et qui ont un besoin psychosocial. Ces appels sont maintenant transférés vers l'Info-Social et des processus sont mis en place pour obtenir l'assistance des services d'urgence, si requis.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100,0	100,0 (V)	100,0
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100,0	100,0 (V)	100,0
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	75,00	100,0 (V)	100,00
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	85,2	81,8 (J)	N. A.

Commentaires

1.03.10
Engagement atteint.

1.03.13
Pour l'année 2017-2018, l'engagement n'est pas atteint. De nouvelles places en ressource intermédiaire de type déficience physique ouvriront à l'automne 2018 pour le RLS du Centre-de-la-Mauricie.

Facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement :
Plusieurs usagers en demande d'hébergement avec un profil ISO-SMAF 9 nécessitaient d'être hébergés en CHSLD en raison de leur complexité médicale et des soins et services nécessaires à leur bien-être.

Comparaison des résultats par rapport à l'année précédente :
Nous avions atteint l'engagement et même dépassé, car l'engagement était à 85 % pour l'année 2016-2017. Nous savons donc que cela est possible et que la difficulté d'atteindre la cible vient davantage des circonstances reliées à la complexité des soins de plusieurs usagers.

Bon coup :
Chaque dossier avec un profil ISO-SMAF 9 et moins est revu par la chef de service du mécanisme d'accès pour s'assurer de la nécessité de faire une exception d'admission. Les statistiques sur l'atteinte ou non de cet engagement sont partagées à chaque période avec l'ensemble des intervenants des mécanismes d'accès de la région.

Soutien à domicile de longue durée			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	975 073	996 059 (V)	N. A.
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	11 973	11 877 (J)	12 506
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des	90,0	82,7 (J)	90,0

Soutien à domicile de longue durée			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)			
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	944 742	894 221 (J)	N. A.
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	7 165	7 106 (J)	N. A.

Commentaires

1.03.05.01

L'engagement est atteint. Alors que le pourcentage d'augmentation pris en engagement entre 2016-2017 et 2017-2018 était estimé à 4 %, le pourcentage réel au 31 mars 2018 est de 7 %.

1.03.11 / 1.03.14-EG2 / 1.03.15-EG2

L'engagement à l'égard de ces trois indicateurs est non atteint. Le contexte majeur de réorganisation de la direction SAPA, de même que l'intégration des services de réadaptation et psychosociaux du SAD à la direction DI-TSA-DP pour les usagers DI-TSA-DP entraînent de nombreux d'ajustements dans l'organisation des services.

De façon spécifique, plusieurs facteurs expliquent cette situation :

- La difficulté de recrutement de personnel, notamment en lien avec les crédits de développement visant l'ajout de ressources humaines;
- Un taux élevé d'assurance-salaire;
- La décision de rapatrier les usagers DI-TSA et DP du SAPA vers la direction DI-TSA-DP a amené beaucoup de mobilité du personnel et nécessite de nombreux ajustements au niveau des mécanismes d'arrimage interdirection.
- Une appropriation de l'offre de service et des différents systèmes d'information pour le personnel de la direction DI-TSA-DP qui n'œuvrait pas au SAD.
- La direction SAPA est à définir les rôles et responsabilités des différents gestionnaires et intervenants en lien avec la structure matricielle.

Les mesures qui sont prises pour corriger la situation :

- Efforts constants pour combler les postes et les remplacements afin d'avoir l'ensemble des effectifs en poste;
- Utilisation des enveloppes d'allocations de façon optimale;
- Analyse de la pertinence clinique pour transférer l'intensité des services des profils légers vers les profils plus lourds en cours;
- Validation des données aux systèmes d'information et correction, lorsque requis;
- Comité visant à définir les mécanismes d'accès interdirection par réseau local de service.

Bon coup :

Le CIUSSS a déployé, via la plateforme d'analyse Cognos, un système permettant d'obtenir les données en temps réel, ou presque, afin de suivre l'indicateur. Un rapport présentement en phase test permettra de forer dans les données pour obtenir les informations de chaque usager actif au soutien à domicile afin d'être en mesure de mieux cibler les éléments à améliorer.

Soutien à domicile de longue durée			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**

1.03.12

L'engagement est non atteint. Par ailleurs, nous constatons en 2017-2018 une amélioration des résultats, particulièrement à la période 13 où le pourcentage de l'an passé se situait à 76,7 % (82,7 % en 2017-2018).

La situation quant à la disponibilité de la main-d'œuvre a été un enjeu important pour l'ensemble des RLS en 2017-2018. Ce manque de main-d'œuvre a eu un impact direct sur la capacité à réaliser les évaluations et les plans.

Voici les mesures qui seront prises pour corriger la situation :

- La mise en place des trois rapports de gestion et la planification des suivis de réévaluation mensuelle sont en cours d'actualisation. Pour la direction DI-TSA-DP, le déploiement des salles de pilotage permettra de peaufiner le suivi de ces indicateurs.
- De plus, une formation est actuellement en cours pour la mise en place des rapports d'état et des caucus pour les gestionnaires et coordonnateurs cliniques des directions SAPA-DI-TSA-DP.
- Un travail de validation des informations aux différents systèmes d'information (I-CLSC et RSIPA) de manière à s'assurer de la fiabilité de l'information s'y trouvant.

Bon coup :

Le CIUSSS a mis en place un outil de fusion permettant de centraliser l'analyse des données. À partir des listes générées par Cognos (indicateur 1.03.11-PS) et des listes RSIPA de chacun des RLS, nous sommes en mesure de compiler l'ensemble des résultats.

Déficiences			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	91,0	88,2 (J)	N. A.
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	99,0	97,2 (J)	N. A.
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	96,4	91,3 (J)	N. A.
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	99,7	99,0 (J)	N. A.
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à	61,0	81,1 (V)	90,0

Déficiences			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
l'intégration au travail			
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	45,00	40,00 (V)	90,00

Commentaires

1.45.04.01
Engagement non atteint (légère baisse de 3,7 % en comparaison à 2016-2017).

L'année 2017-2018 constituait une année de transition, notamment par le transfert de ressources du SAPA vers la DP pour les services spécifiques. Des travaux sont d'ailleurs en cours pour réviser les mécanismes d'arrimage interdirection et assurer une fluidité des demandes de services. En effet, SAPA a conservé l'ensemble des soins infirmiers et soins d'assistance. Il existe également un enjeu quant à l'accessibilité aux différentes listes d'attentes des huit RLS de notre région par le guichet de l'AEOL (Accès – Évaluation – Orientation – Liaison).

La direction DI-TSA-DP a également complété le déploiement du guichet d'accès centralisé et a intégré le traitement des demandes de services spécifiques, ce qui constitue un bon coup. Cette situation se reflète toutefois par une augmentation du nombre de demandes traitées en DP par l'équipe de l'AEOL (2016-2017, P13 : 250; 2017-2018, P13 : 490) ayant immanquablement un impact sur le délai de traitement et d'accès aux services. Des ressources viendront soutenir l'équipe à l'été 2018 et une démarche d'amélioration est en cours (cartographie des demandes, stations visuelles et rapports d'état).

1.45.04.05
Engagement pratiquement atteint.

La légère baisse à la période 13 s'explique principalement par une diminution du respect des délais dans les programmes de déficience visuelle et déficience auditive. Un suivi rapide des listes d'attente permettra de corriger rapidement la situation.

1.45.05.01
Engagement non atteint (baisse de 5,1 % en comparaison de l'an 2016-2017).

Transfert de nombreux dossiers des services spécialisés vers les services spécifiques nécessitant une réorganisation en profondeur de l'offre de service en DI-TSA. Des travaux sont d'ailleurs en cours pour réviser les mécanismes d'arrimage interdirection et assurer une fluidité des demandes de services. En effet, SAPA a conservé l'ensemble des soins infirmiers et soins d'assistance. Il existe également un enjeu quant à l'accessibilité en temps réel aux différentes listes d'attente des huit RLS de notre région (AEOL). La direction adjointe DI-TSA adulte rencontre également des enjeux de manque de personnel dans certains secteurs. Un arrimage en continu se fait avec la liste de rappel pour combler les absences de personnel.

1.45.05.05
Engagement pratiquement atteint.

1.46
Engagement atteint.

1.05.15
Engagement atteint.

Déficiences			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
Bons coups : 1) Déploiement de la nouvelle trajectoire pour les 0-7 ans DI-TSA-DP; 2) Arrimage avec les pédiatres de la région; 3) Intervention précoce qui permet également de préciser le diagnostic.			

Jeunes en difficulté			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	17,00	19,9 (V)	15,00
Commentaires			
Augmentation du nombre de signalements retenus : 2016-2017 : 2 913; 2017-2018 : 3 083. Facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement : Entre autres : Portrait populationnel avec indices de défavorisation importants. Déploiement du programme d'aide personnelle, familiale et communautaire nouvelle génération (PAPFC2) inégal dans les huit RLS – un plan d'action coordonné régionalement est en cours. Mesures qui seront entreprises pour corriger la situation : Projet « Harmonisation du programme d'intervention en négligence » inscrit au Plan annuel 2018-2019. Audit sur les resignalements. Bon coup : Démarche A3 réalisée avec le soutien de la DQEPE en collaboration avec les DPJ-DP, DPJF et DSM ayant mené à l'élaboration d'un projet au Plan annuel 2018-2019 de l'établissement.			

Dépendance			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	91,9	93,2 (V)	N. A.
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	96,0	100 (V)	90,0
Commentaires			

1.07.04

- Engagement atteint. Nous sommes fiers des résultats atteints qui dépassent l'engagement 2017-2018, et ce, malgré plus de 500 demandes supplémentaires comparativement à l'année 2016-2017.
- Les bons coups de l'établissement :
  - Suivi périodique des résultats.

Dépendance			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.07.06			

- Engagement atteint.
- Considérant les actions supplémentaires effectuées durant l'année, nous avons pu augmenter notre résultat et atteindre 100 %.
- Les bons coups de l'établissement :
  - Formation aux intervenants.
  - Relance auprès des directions concernées du CIUSSS MCQ, notamment auprès de la DPJF.
  - Le comité du mécanisme d'accès jeunesse en toxicomanie a repris ses travaux et permettra de bonifier l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance.

Santé mentale			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	910	910,8 (V)	806
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	348	374,4 (V)	348

Commentaires

- Engagements atteints. Nous sommes fiers des résultats atteints.
- Les bons coups de l'établissement :
  - Mise sur pied de l'équipe FACT (*Flexible assertive community treatment*).
  - Affichage des postes de pairs aidants à Drummondville et Trois-Rivières.
  - Plan d'investissement qui a permis l'ajout de 12 postes au soutien d'intensité variable (SIV) et 3 postes au suivi intensif dans le milieu (SIM).
  - Homologation des équipes SIM et SIV.

Santé physique – Urgences			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11,00	11,67 (J)	10,50
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	75,0	53,5 (R)	90,0
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	75,0	58,9 (R)	85,0

Commentaires

1.09.01

Jusqu'à la période 10, la durée moyenne de séjour (DMS) se situait à 11,3 heures. L'épisode de l'influenza a été particulièrement difficile : à preuve en période 11, la DMS a atteint son plus haut sommet de l'année à 13,4 heures. Par ailleurs, cette année, nous avons connu 4 périodes où, globalement, la DMS a été inférieure à 11 heures. Les efforts se poursuivront pour la prochaine année.

1.09.43 et 1.09.44

L'appropriation de la mesure et le suivi des indicateurs sont difficiles. La modification de la pratique clinique en lien avec la culture de la mesure est un travail acharné et de longue haleine. L'équipe de gestion travaille à améliorer la situation.

Santé physique – Urgences			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**

La réorganisation du travail de l'équipe médicale amorcée à Drummondville semble porter fruit. Le projet pilote de mettre sur pied une clinique de relance à Trois-Rivières est en cours.

De plus, nous travaillons sur un plan de marketing social pour lequel nous faisons une tournée des tables médicales territoriales.

Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	2 048	2 161 (V)	2 188
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	58	58 (V)	52
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	25,0	27,3 (V)	27,2

Commentaires

Dépassement des engagements en ce qui concerne les usagers suivis en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) à domicile et ceux qui sont décédés à domicile. Augmentation significative comparativement à l'année précédente. Toutefois, il faut mentionner qu'il y a eu moins de décès en 2017-2018 (1 198) comparativement à 2016-2017 (1 405).

Augmentation du nombre de lits SPFV dû à l'ouverture de la nouvelle maison de soins palliatifs Aline Chrétien – Corporation des Trois Colombes (huit lits) à Shawinigan.

Éléments facilitants le suivi des usagers en SPFV au soutien à domicile :

- Formation;
- Coordination régionale en SPFV qui assure les arrimages avec les différents milieux de soins et services ainsi que les partenaires de la communauté;
- Formalisation par l'octroi de postes d'une coordination clinique des soins palliatifs et de fin de vie au sein des équipes du soutien à domicile de chaque RLS;
- Démarrage de travaux portant sur l'harmonisation et la standardisation des pratiques en SPFV au soutien à domicile;
- Planification médicale pour la mise en place d'une équipe dédiée en SPFV dans le RLS de Maskinongé;
- Élaboration d'un outil de sondage sur l'expérience client.

Santé physique – Services de première ligne			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.09.25-PS Nombre total de GMF	25	25 (V)	24
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	85,00	88,09 (V)	85,00
1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1	1 (V)	1

1.09.25

L'engagement est atteint et a été maintenu au cours de l'année 2017-2018.

Santé physique – Services de première ligne			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**

1.09.27
L'engagement a non seulement été atteint, mais dépassé. On note d'ailleurs une augmentation de 4,4 % entre le 31 mars 2017 et le 31 mars 2018, et ce, malgré une augmentation de la population admissible selon la RAMQ de 3 266 personnes.

Santé physique – Chirurgie			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	2 (J)	0
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90,0	82,6 (J)	90,0
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100,0	97,2 (J)	N. A.

Commentaires

1.09.32.00
L'engagement convenu n'est pas atteint. Les deux cas de chirurgies en attente depuis plus d'un an correspondent à des usagers qui ont refusé les dates proposées. Ces deux cas représentent une baisse du nombre de chirurgies en attente depuis plus d'un an par rapport à l'an passé.

Nous avons également des cas en attente depuis plus de 6 mois (cible : 0). L'ophtalmologie, la dentisterie et la chirurgie générale sont les spécialités où il y a le plus d'attente. De nombreux départs ou réduction de pratiques en ophtalmologie, l'absence prolongée de chirurgiens généraux, la pénurie au niveau des agentes administratives à la planification chirurgicale et au niveau du personnel infirmier sont autant de facteurs qui n'ont pas contribué à l'atteinte de notre cible de 0 chirurgie en attente depuis plus de 6 mois.

Malgré les enjeux rencontrés, nous avons une bonne collaboration de la part de l'équipe médicale et une culture de cogestion qui est maintenant bien ancrée. Nous avons également un projet d'aménagement d'un plateau technique ambulatoire pour la dentisterie qui est en cours afin d'être en mesure d'offrir plus de plages opératoires, selon le niveau d'anesthésie requis.

1.09.33.01 et 1.09.33.02
L'engagement convenu n'est pas atteint. Il y a une baisse du pourcentage de chirurgies oncologiques réalisées dans un délai inférieur à 28 jours par rapport à 2016-2017. L'absence prolongée d'un chirurgien général et d'un anesthésiste à Shawinigan a contribué au dépassement des délais. À Trois-Rivières, deux chirurgiens ont été absents une longue période et ces absences ne seront pas comblées avant l'automne 2018, minimalement.

Nous avons un enjeu au niveau de la spécialité de l'urologie. Un urologue pratiquant de la chirurgie oncologique arrivera à l'automne 2018, ce qui devrait contribuer à diminuer la pression sur l'équipe médicale. Nous évaluons également la possibilité d'inclure une infirmière clinicienne ou infirmière praticienne spécialisée (IPS) afin de diminuer la charge de travail imposée aux urologues concernant l'évaluation des requêtes, les suivis, etc. Nous avons débuté l'ajout d'assistance opératoire, celle-ci sera en progression selon la disponibilité des ressources humaines (pénurie actuelle).

Santé physique – Imagerie médicale			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	90,0	88,3 (J)	100,0
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100,0	92,3 (J)	100,0
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100,0	100,0 (V)	100,0
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	90,0	58,5 (R)	100,0
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	100,0	95,8 (J)	100,0
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	90,0	86,3 (J)	100,0
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	100,0	82,3 (R)	100,0
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	90,0	59,7 (R)	100,0
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	100,0	91,6 (J)	100,0

Commentaires

1.09.34.02 (scopies)

En date du 31 mars 2018, nous remarquons un écart de 1,7 % avec l'objectif établi.

Les efforts ont été déployés comme prévu à l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (HCM) afin de répondre à la demande. De plus, un radiologiste sera sur place sur le territoire du Haut St-Maurice, une journée par deux semaines, afin de réduire les délais. Des corridors de service sont créés avec les cliniques privées. Considérant les nouvelles données statistiques (ostéodensitométrie, infiltration, bloc facettaire, etc.) à fournir dans l'entente de gestion (GESTRED) à compter du 1er mai 2018, qui n'étaient pas présentes auparavant, les données ne seront plus comparables. L'ajout des examens considérés, tel que la clinique de la douleur, dans le calcul des statistiques représentera une variation importante dans le suivi des indicateurs et dans la corrélation des comparatifs antérieurs.

Travaux effectués en collaboration avec les radiologistes afin d'augmenter l'offre :

- Continuité de l'augmentation de l'offre de service (HCM);
- Deuxième offre à la clientèle du Centre-de-la-Mauricie afin qu'elle puisse avoir leur examen pour lavements barytés à Trois-Rivières. Présence de technologues autonomes formés au Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR);
- Partenariat avec un laboratoire d'imagerie médicale (LIM) privé afin d'offrir des plages horaires (CHAUR-CDR);

Santé physique – Imagerie médicale			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**

- Augmentation de la couverture des radiologistes sur le RLS du Haut-Saint-Maurice. La présence aux deux semaines des radiologistes a été stabilisée.

1.09.34.03 (mammographies diagnostiques)
En date du 31 mars 2018, nous remarquons un écart de 7,7 % avec l'objectif établi.

Diminution du résultat en raison de l'augmentation du nombre d'examen et de suivi du programme québécois dépistage du cancer du sein (PQDCS) à réaliser. Augmentation de plages prévues selon les demandes pour l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (HCM) et pour le CHAUR.

1.09.34.04 (échographies obstétricales)
Objectif atteint

1.09.34.05 (échographies cardiaques)
En date du 31 mars 2018, nous remarquons un écart de 31,5 % avec l'objectif établi.

L'offre de service actuelle est inférieure à la demande. Plusieurs technologues sont présentement en absence et il y a une capacité limitée au niveau des internistes afin d'augmenter l'offre de service. Situation stabilisée au CHAUR, passé de 60 % à la période 1 à 86 % en date du 31 mars 2018.

Ajout de plages horaires hebdomadaires supplémentaires qui devraient améliorer la productivité : deux journées par semaine (CHAUR), une journée (Hôpital Sainte-Croix (HSC)) et une journée (HCM). Également pour le HSC, les internistes offrent des demi-journées supplémentaires en fonction de leur capacité. Projet d'ajout d'un appareil d'échographie cardiaque et d'un deuxième technologue autonome pour l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska. Le déploiement des actions pour améliorer la productivité se poursuit.

1.09.34.06 (échographies mammaires)
En date du 31 mars 2018, nous remarquons un écart de 4,2 % avec l'objectif établi.

Diminution du résultat en raison de l'augmentation du nombre d'examen et de suivi du programme québécois dépistage du cancer du sein (PQDCS) à réaliser. Augmentation de plages prévues selon les demandes pour l'HCM.

1.09.34.07 (autres échographies)
En date du 31 mars 2018, nous remarquons un écart de 3,7 % avec l'objectif établi.

Augmentation de la couverture des radiologistes sur le RLS du Haut-Saint-Maurice. Présence aux deux semaines des radiologistes stabilisée. Création de la 2e offre fait avec le HCM et le CHAUR.

1.09.34.08 (tomodensitométries)
En date du 31 mars 2018, nous remarquons un écart de 17,7 % avec l'objectif établi.

Augmentation des plages horaires au CHAUR et au HCM. Cinq soirs ouvrables supplémentaires par semaine ajoutés au CHAUR. Trois soirs supplémentaires par semaine ajoutés au HCM. Ces ajouts devraient venir stabiliser l'indicateur.

Malgré cette augmentation supplémentaire, nous remarquons une augmentation de la demande dans les différents RLS qui explique la diminution de l'indicateur.

Santé physique – Imagerie médicale			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**

1.09.34.09 (résonances magnétiques (IRM))
En date du 31 mars 2018, nous remarquons un écart de 30,3 % avec l'objectif établi.

Globalement, la demande pour ce type d'examen dépasse l'offre de service proposée actuellement. Au CHAUR, l'offre de service est saturée malgré une ouverture de jour et de soir, 7 jours par semaine. La problématique d'accès à l'IRM est plus marquée à Trois-Rivières et à Shawinigan.

- Augmentation de l'offre à Drummondville (ouverture trois soirs/semaine) et à HDA (deux jours/fin de semaine);
- Deuxième offre à la clientèle de Trois-Rivières afin qu'elle puisse avoir leur examen à Drummondville ou à Victoriaville en fonction des nouvelles plages horaires;
- Ouverture de l'IRM au HCM la fin de semaine (jour et soir). Offre des plages supplémentaires à la clientèle de Shawinigan et permet d'offrir une deuxième offre pour les usagers de Trois-Rivières.

Malgré cette augmentation supplémentaire, nous remarquons une augmentation de la demande dans les différents RLS.

1.09.34.10 (tomographies par émission de positrons (TEP))
En date du 31 mars 2018, nous remarquons un écart de 8,4 % avec l'objectif établi.

Diminution de l'indicateur en raison de l'augmentation du nombre de demandes et la priorité clinique associée pour certaines pathologies. Respect du guide de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) dans la priorisation.

Augmentation de l'offre de service pour deux soirs semaines pendant une période de deux mois.

Qualité de la donnée
Ayant des systèmes informatiques différents, la saisie et l'épuration des listes d'attente deviennent complexes. La gestion de la non-disponibilité d'un usager devrait aussi être prise en compte dans l'entente de gestion et l'usager devrait être retiré du calcul, de même que l'usager qui refuse la deuxième offre dans un autre centre.

Ressources matérielles			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100 (V)	N. A.

Ressources humaines			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,10	8,01 (R)	5,87
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,95	4,33 (R)	2,90
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,90	1,12 (R)	1,27

Commentaires

Non atteinte des cibles et plan d'action pour 2018-2019

Aucune des cibles 2017-2018 découlant des trois indicateurs n'a été atteinte. Compte tenu de leur étroite corrélation avec la disponibilité de la main-d'œuvre, la DRHCAJ a proposé à l'organisation un plan d'action basé sur quatre états désirés dont la finalité vise à augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre.

Quatre états désirés pour une meilleure disponibilité de la main-d'œuvre

Les quatre états désirés identifiés par la DRHCAJ sont :

1. Augmenter la proportion de quarts comblés à taux simple (éliminer le temps supplémentaire obligatoire et les déplacements);
2. Diminuer les absences maladies long terme causées par des problèmes de santé psychologique en termes de nombre et de durée;
3. Diminuer le nombre d'accidents reliés à la mobilisation des usagers;
4. Diminuer la proportion des postes vacants (combler les structures).

Ces états désirés génèrent plus d'une vingtaine d'actions simultanées faisant l'objet de suivis bimensuels à la salle de pilotage tactique 1 de la DRHCAJ. Les faits saillants et les obstacles organisationnels ainsi analysés alimentent les travaux du comité de vigie, l'instance stratégique constituée spécifiquement par le CIUSSS MCQ afin de pallier aux problématiques découlant du manque de disponibilité de la main-d'œuvre de l'organisation.

Une évolution dépassant la simple logique d'embauche

Au terme de l'exercice 2017-2018, on note une augmentation significative des indicateurs reliés à l'acquisition de nouveau personnel, et ce, pour la majorité des catégories d'emploi. Ce faisant, un constat clair a été établi quant à la nécessité de diversifier, au-delà de la logique d'embauche, la recherche de solutions à la main d'œuvre insuffisante. C'est dans cet esprit que les quatre états désirés ont été identifiés par la DRHCAJ en appliquant la logique de la matrice efforts/impacts afin de cibler les actions procurant le plus d'efficience. À cet égard, des résultats encourageants commencent à poindre après seulement quelques mois de travail et portent à croire que le CIUSSS MCQ est sur la bonne voie.

Ressources technologiques			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	99,0	99,4 (V)	N. A.

Commentaires

Engagement atteint et dépassé.

Bon coup : le maintien d'une ressource à temps complet à même les équipes d'Info-Santé et d'Info-Social est une condition gagnante. La personne développe une expertise et fait des liens avec des grands utilisateurs qui sont le personnel d'Info-Santé et Info-Social.

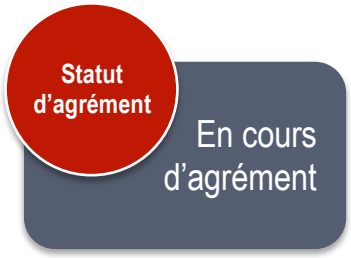
Multiprogrammes			
Nom de l'indicateur	**Engagement 2017-2018**	**Résultat 2017-2018**	**Cible 2020**
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	70,0	60,6 (R)	75,0
Commentaires			
Engagement non atteint. L'indicateur est extrait deux fois par année (périodes 6 et 13). La donnée était en contrôle à la période 6 (70 %), puis a diminué à 60,6 % à la période 13. Il faut savoir que l'indicateur concerne l'ensemble des centres d'activités en lien avec les services de nature psychosociale de la mission CLSC de la Direction générale adjointe - Programmes sociaux et de réadaptation. Nous travaillons à ventiler l'indicateur par centre d'activité afin de procéder à une analyse approfondie de la situation, d'ici juin 2018. Des actions seront ensuite ciblées en fonction des secteurs plus problématiques, d'ici juillet 2018.			

Légende

(V)	Atteinte de l'engagement à 100 % ou plus
(J)	Atteinte de l'engagement entre 90 % et 100 %
(R)	Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %
N. A.	Non applicable

5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

5.1 L'agrément



Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services offerts, le CUISSS MCQ s'est engagé, à titre de centre intégré, dans son premier cycle d'agrément. La démarche d'agrément est un processus d'évaluation rigoureux basé sur des normes d'excellence reconnues, permettant d'évaluer et d'améliorer la qualité, le rendement et l'efficacité de l'établissement. Une première visite d'agrément Canada, visant les directions des programmes de santé physique généraux et spécialisés et de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), de même que les directions administratives, a eu lieu du 23 au 27 octobre 2017. Le taux de conformité obtenu de 97,3 % des 2 376 critères évalués, témoigne de l'engagement du personnel et des médecins à offrir des soins et des services sécuritaires et de qualité à la population.

La cohérence entre les actions réalisées et le Vrai Nord de l'organisation, ce modèle de performance centré sur l'usager, a été soulignée comme étant une force. La performance organisationnelle appuyée de la méthodologie LEAN mobilisante, le travail d'équipe, la gestion médico-administrative, ainsi que les relations étroites avec la communauté ont retenu positivement l'attention des visiteurs. Des suivis sont requis pour améliorer 5 pratiques organisationnelles requises (POR) réparties dans 7 secteurs différents, ainsi que pour 17 critères à priorité élevée signalés dans 9 secteurs. Des preuves démontrant que les améliorations ont été réalisées devront être acheminées pour un premier suivi en septembre 2018. Notons que la deuxième visite d'agrément pour les directions des programmes sociaux et réadaptation et programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique se déroulera du 9 au 13 avril 2018 ce qui permettra de boucler ce premier cycle d'agrément.

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

Au cours de l'année, grâce à l'engagement du personnel et de chacune des directions, plusieurs actions ont été mises en place pour améliorer la sécurité et la qualité des soins et services offerts, notamment :

- Implantation de l'évaluation brève au triage de toutes les urgences pour améliorer la rapidité d'intervention, lorsque requis.
- Amélioration du transport sécuritaire des colis.
- Implantation des meilleures pratiques reliées à la sécurité des usagers, telles que la double identification sécuritaire des usagers et la procédure sur la divulgation de l'information aux usagers à la suite d'un événement indésirable.
- Lancement d'un concours dans le cadre de la Semaine de la sécurité des soins et services pour souligner les projets innovants :
  - Prix coup de cœur des collègues : un outil aimanté installé à la tête des lits pour favoriser la mobilisation sécuritaire de l'usager à l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG) de Victoriaville.
  - Prix coup de cœur des usagers : révision complète de la liste d'attente des clients orphelins inscrits au guichet d'accès aux médecins de famille (GAMF).

Déclaration des incidents et accidents

L'importance de la sécurité des soins et services est également visible par un fort engagement à déclarer tous les événements indésirables. L'année 2017-2018 est la première année pour laquelle la majorité des secteurs sont autonomes dans le processus de déclaration, la décentralisation de l'utilisation de l'outil informatique utilisé ayant été

complétée à la toute fin de l'année 2016-2017. Cette décentralisation pourrait expliquer la diminution constatée de 3,8 % du volume de déclarations pour l'année 2017-2018. Des outils adaptés aux besoins des secteurs cliniques ont été déployés pour leur permettre un meilleur suivi des déclarations et favoriser la communication aux équipes par le biais de tableaux de bord. Des formations ont également été offertes pour permettre une appropriation optimale de ces outils.

Nature des principaux incidents et accidents

Autre type d'événement les plus fréquents	Volume
Traitement	1 355 (4,1%)
Test Dx Laboratoire	1 100 (3,3%)
Blessure d'origine inconnue	937 (2,9%)
Blessure d'origine connue	792 (2,4%)
Abus/Agression/Harcèlement/ Intimidation	737 (2,2%)
Erreur liée au dossier	263 (0,8%)
Autres types d'événement	3 653 (11,1%)

Déclarations par mission

CHSLD	CH	CLSC	CJ	CRD	CRDI	CRDP
14 574	10 904	5 043	271	79	1 337	654
44,4%	33,2%	15,3%	0,8%	0,2%	4,1%	2,0%

Type d'événement les plus fréquents- TOP 3	Volume	% sur volume total déclaré
Médication	1 406	4,3 %
Chute	677	2,1 %
Test Dx, Labo	470	1,4 %
Total top 3	2 556	7,8%

Type d'événement les plus fréquents TOP 3	Volume	% sur volume total déclaré
Chute	14 546	44,3 %
Médication	7 371	22,4 %
Traitement	929	2,84 %
Total top 3	22 846	69,54 %

**Voir l'échelle de classification des événements en Annexe II du présent document.*

Actions entreprises par le comité de gestion des risques et mesures mises en place par l'établissement
Au cours de l'année, ce sont plus de 250 événements majeurs qui ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie pour éviter la récurrence de tels événements et améliorer sans cesse la qualité des soins et des services. À la suite de cette analyse, plus de 441 actions concrètes ont été réalisées : activités de sensibilisation, formations, élaboration d'outils aide-mémoire, concours pour promouvoir des projets d'amélioration mis de l'avant pas les employés, tableau de bord, sondage, plan d'action, soutien face aux événements sentinelles, etc.

À cet effet, le comité de gestion des risques de l'établissement a également formulé des recommandations au conseil d'administration visant à :

- Améliorer la sécurité des lieux physiques.
- Augmenter le nombre de pompes volumétriques pour l'administration sécuritaire des médicaments.
- Mettre en place un comité tactique pour améliorer le circuit du médicament.
- Mettre en place un comité pour améliorer l'analyse et le déploiement de stratégies concertées en matière de prévention du suicide.

En ce qui concerne la surveillance, la prévention et le contrôle des infections, voici les mesures mises en place par l'établissement:

- Présentation, à chaque rencontre du comité de prévention et contrôle des infections, des résultats de la surveillance sur la transmission des bactéries multirésistantes aux antibiotiques, soit le Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), l'Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), les diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) et les Bacilles à gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC). Bilan de la surveillance des bactéries multirésistantes aux antibiotiques acquises.
    - En centres hospitaliers du CIUSSS (excluant les soins ambulatoires).
        - Aucune transmission nosocomiale pour les BGNPC depuis le début de la surveillance, le 1er avril 2017.
        - 194 cas de bactéries multirésistantes nosocomiales qui ont été transmises dans les centres hospitaliers du CIUSSS MCQ, comparativement à 244 l'année dernière, soit une diminution de 50 cas nosocomiaux (baisse de 21 %).
        - 27 éclosions de grippe.
    - En centre d'hébergement de longue durée.
        - 42 éclosions de grippe.
        - 33 éclosions de gastroentérite.
- Maintien de la priorité organisationnelle accordée à l'hygiène des mains et augmentation des audits réalisés à ce sujet.
- Présentation régulière des résultats sur l'hygiène des mains et poursuite de la campagne de promotion sur l'importance de l'hygiène des mains.
    - Bilan : Taux global des observations pour le CIUSSS est de 56 %, comparativement à 58 % l'an dernier. Il y a donc une légère baisse de 2 % et la cible de 70 % fixée par le MSSS n'est pas atteinte.
- Mise en place d'un plan d'action pour contrer l'éclosion multisites de gastroentérite.
- Projet de recherche débuté suite à l'étude *Efficace* afin de dépister le *C. difficile* dès l'admission du patient.

Mesures de contrôle des usagers
Dans une volonté de dispenser des soins sécuritaires et de qualité aux usagers, le CIUSSS MCQ s'est doté d'une politique sur l'application exceptionnelle d'une mesure de contrôle. Cette politique est centrée sur les valeurs organisationnelles de respect et de dignité de la personne.

La philosophie d'intervention, qui prône le respect de la liberté et de l'autonomie, guide les actions des différents intervenants œuvrant auprès de l'usager, afin de favoriser la réduction du recours aux mesures de contrôle. La mise en place des meilleures pratiques cliniques dans une perspective de collaboration interdisciplinaire permettra d'assurer des soins sécuritaires aux usagers du CIUSSS MCQ.

Dans l'établissement l'utilisation systématique des mesures de contrôle est proscrite. L'application d'une mesure de contrôle ou d'un isolement constitue une mesure exceptionnelle envisagée en dernier recours, en présence d'un danger grave et imminent pour l'usager ou pour autrui, et ce, lorsque toutes autres interventions se sont avérées vaines.

Réalisations en 2017-2018 :

- Poursuite de la diffusion de la politique harmonisée sur l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle, dans l'ensemble des missions, selon les spécificités des secteurs d'activité.
- Développement et implantation d'un guide d'application au secteur DI-TSA et jeunesse.
- Développement et présentation de deux types de formations sur l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle, dont une pour les professionnels et une autre pour les non professionnels.
    - Formation destinée aux professionnels : contenu spécifique développé pour les intervenants des secteurs de la santé mentale.
    - Plan de développement des compétences (PDC) 2018-2020 : volets spécifiques pour la clientèle DI-TSA et pour la clientèle jeunesse développés.
- Développement d'un outil de vigie de la prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale et en courte durée.
- Actualisation des actions spécifiques en CHSLD sur tous les territoires afin de réduire la prévalence d'utilisation des mesures de contrôle.

Au cours de la dernière année, deux formations ont été adaptées aux différents intervenants. Une formation de 3,5 heures pour les non professionnels et une formation de 7 heures pour les professionnels. Le tableau ci-dessous présente le nombre de participants.

Formation	Nb de participants
MCQ00520 *Prévention des chutes et utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle* (3,5 h) pour les non-professionnels	55
MCQ00024VL *Prévention des chutes et utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle* (7 h) pour les professionnels	215

Le tableau suivant présente les données par RLS pour le secteur de l'hébergement. Le taux cumulatif indique une prévalence moyenne de 2,75 % d'usagers ayant une ou plusieurs mesures de contrôle. Ceci représente une réduction de près de 65 **%** par rapport à l'année précédente (7,76 % pour l'année 2016-2017). Comme le démontre cet excellent résultat, des efforts soutenus ont été déployés par les équipes de soins, les équipes interdisciplinaires et les gestionnaires pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle dans les centres d'hébergement du CIUSSS MCQ.

Tableau cumulatif de l'utilisation des mesures de contrôle (%) Centres d'hébergement et de soins de longue durée MCQ – 2017-2018														
Territoires	**P1**	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**	**P7**	**P8**	**P9**	**P10**	**P11**	**P12**	**P13**	**TOTAL**
Arthabaska-et-de-l'Érable	8,31	8,31	7,30	7,05	6,30	5,29	5,54	4,28	4,28	4,53	5,04	4,53	4,50	**5,79**
Bécancour-Nicolet-Yamaska	1,68	1,69	1,27	1,27	1,27	1,27	1,26	1,26	1,26	0,85	0,43	0,43	0,43	**1,11**
Drummondville	5,12	4,67	4,66	4,42	4,41	3,73	3,48	2,70	2,48	3,17	2,94	2,93	2,93	**3,65**
De l'Énergie	2,42	2,31	1,97	1,30	1,60	1,61	1,61	1,60	1,59	1,59	1,66	1,62	1,33	**1,70**
Haut-Saint-Maurice	2,99	2,99	2,99	2,99	1,49	1,49	1,49	1,49	1,54	0,00	0,00	0,00	0,00	**1,50**
Maskinongé	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Trois-Rivières	1,98	2,12	2,12	1,94	1,63	1,49	1,62	1,47	1,92	1,78	1,79	1,67	1,80	**1,79**
Vallée-de-la-Batiscan	5,38	4,69	4,65	4,62	4,62	3,82	2,90	2,86	2,78	3,55	3,03	3,97	3,97	**3,88**
Cumulatif hébergement	**3,79**	**3,68**	**3,42**	**3,19**	**2,96**	**2,58**	**2,57**	**2,17**	**2,25**	**2,35**	**2,33**	**2,26**	**2,26**	**2,75**

Pour l'année à venir, d'autres actions seront déployées afin de poursuivre la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle dans les différents secteurs de l'établissement.

Suivi des recommandations de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

L'établissement accorde une attention particulière au respect des droits des usagers et pour ce faire, s'assure qu'un suivi soit réalisé à la suite des recommandations de la commissaire pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services offerts aux usagers. Voici donc les principales mesures mises en place en fonction des plaintes :

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
Soins et services dispensés 236 mesures	**Absence de plan (d'intervention)**	S'assurer que soit élaboré un plan d'intervention individualisé dans les 30 jours suivant l'admission d'une personne en ressource intermédiaire, avec la participation de l'usager et, selon son consentement, de ses proches ainsi que d'une personne responsable à la ressource.
	Insuffisance de service ou de ressource	Mettre des moyens en place afin de s'assurer, le plus possible, d'une stabilité des superviseurs de contact (toujours le même attitré à une famille).
	Approche thérapeutique	S'assurer que tous les préposés aux bénéficiaires (PAB) reçoivent une formation dans le but d'intervenir de façon adéquate auprès de la personne âgée.
Accessibilité 203 mesures	**Difficulté d'accès aux services formellement requis**	Envisager la possibilité d'orienter certains enfants vers des services d'orthophonie au privé et d'en défrayer les coûts.

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
	Accès téléphonique	Que des options supplémentaires; comme l'ouverture des lignes sans interruption de 8 h à 16 h, soient évaluées afin d'offrir une accessibilité optimale à la clientèle
	Délais / Listes d'attente	S'assurer que les demandes de consultations médicales soient correctement archivées au dossier de l'usager, retraçables et que le rendez-vous requis par l'usager soit effectué dans les délais convenus.
Relations interpersonnelles 168 mesures	**Communication – Attitude / Manque d'empathie**	Sensibiliser le personnel de l'unité sur les attitudes et les comportements attendus de la part du personnel envers les usagers (à noter que le coffre à outils de la DRHCAJ pour l'appropriation du code d'éthique peut s'avérer utile à cet égard).
	Communication – Attitude / Manque d'information	Qu'un rappel soit fait sur l'importance d'une communication claire et ponctuelle afin de répondre aux besoins de l'usager et de sa famille.
	Abus d'autorité	Étude du dossier à des fins disciplinaires.
Organisation du milieu et ressources matérielles 164 mesures	**Alimentation / Horaire des repas**	Explorer la possibilité de mieux coordonner la disponibilité des cabarets à l'étage et leur distribution aux usagers, afin de tenir compte de la disponibilité du personnel de soins et assurer une qualité adéquate des aliments servis aux usagers.
	Biens personnels / Perte	S'assurer que chaque membre du personnel connaît les modalités entourant la gestion adéquate des biens personnels des usagers et les modalités de gestion des petites réclamations (PRO-10-009).
Droits particuliers 88 mesures	**Sécurité / Processus de prestation sécuritaire des soins et des services**	Compléter l'implantation de la procédure de double identification avec photo, avec la collaboration de l'infirmière du CIUSSS MCQ.
	Consentement / Représentant non interpellé	S'assurer que le résident et ses proches soient consultés dans toutes décisions affectant l'état de santé ou de bien-être du résident.
Aspect financier 69 mesures	**Facturation des soins et services**	Évaluer la possibilité d'émettre une facture plus rapidement aux usagers qui paient un acompte afin qu'ils puissent faire la demande de remboursement à leurs assurances.
	Processus de réclamation	Rappel au chef de service de l'impact de la perte de médicaments pour un usager, s'assurer de les remettre à la famille ou de les ranger en toute sécurité.

Nous vous invitons à consulter le rapport annuel complet de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs sur le site internet de l'établissement au www.ciusssmcq.ca sous l'onglet *Documentation > rapports annuels et financiers*.

Suivi des recommandations du protecteur du citoyen

La Loi prévoit un deuxième recours dans le traitement des plaintes des usagers, dans certains cas, voici les recommandations qu'il a émises afin de répondre adéquatement aux besoins des usagers. Il est à noter qu'il y a 13 rapports reçus pour lesquels le Protecteur du citoyen n'a fait aucune recommandation.

Recommandations reçues par dimensions	
Qualité des soins et services	• Recommandations concernant l'évaluation des besoins d'une usagère dans le cadre d'une adaptation du domicile et des recommandations à formuler à l'organisme désigné. • Recommandations en lien avec la procédure de réorientation des usagers à l'urgence, afin de respecter l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence.
Confidentialité	• Recommandations quant au respect de la confidentialité de la démarche de plainte auprès de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du citoyen et l'importance de n'inscrire aucune note au dossier à ce sujet.
Sécurité	• Recommandations concernant la sécurité lors du transport effectué par l'établissement (ne jamais laisser un enfant seul, conformité des sièges d'auto.). • Recommandation de vérifier systématiquement le bon fonctionnement de la cloche d'appel remise aux usagers sur civière.
Aspects financiers	• Recommandations sur la gestion des biens personnels des usagers et des petites réclamations et le remboursement des frais encourus par l'usager (remplacement d'une prothèse dentaire)
Mesures mises en place	
• Le suivi des recommandations reçues est complété à 88 % en date du 31 mars et les actions se poursuivent.	
• Différentes mesures ont été prises en réponse aux recommandations du Protecteur du citoyen, notamment l'élaboration et la diffusion de procédures, des rappels faits aux intervenants par le biais de notes de service et de la formation auprès du personnel.	

Suivi des recommandations du coroner

Pour l'année 2017-2018, l'établissement a reçu 6 rapports avec des recommandations adressées à l'établissement et 2 rapports à titre informatif sur des événements survenus dans d'autres régions. À noter que le nombre de rapports reçus est en réduction de 25 % comparativement à l'an dernier.

Année	Nombre de rapports avec recommandations
2016-2017	8
2017-2018	6

L'ensemble des recommandations a fait l'objet d'un suivi à chaque réunion du comité de vigilance et de la qualité et des actions ont été prises permettant de poursuivre les efforts dans le développement d'une offre de soins et services sécuritaires.

Tableau des rapports 2017-2018 - Recommandations émises par le coroner et l'état d'avancement	
Recommandations	**État d'avancement**
Que le comité d'évaluation de l'acte médical du CIUSSS MCQ analyse le dossier afin de s'assurer que les meilleurs standards de qualité de l'acte médical aient été atteints.	Terminé
Que les gestionnaires de la résidence privée pour aînés : - S'assurent que les mécanismes de protection mis en place pour entreposer la médication des résidents soient appliqués et instaurer des mécanismes de protection multiples. - Précisent le niveau de soins désiré pour chacun des résidents. - S'assurent que les préposés aux bénéficiaires employés possèdent toutes les compétences nécessaires pour procéder efficacement à des manœuvres de réanimation. - S'assurent de réévaluer périodiquement le niveau d'autonomie des résidents.	Terminé
Que le Centre régional de santé mentale de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec du CIUSSS MCQ effectue des suivis rapides lorsqu'un patient ne se présente pas à un rendez-vous régulier et/ou lorsqu'un patient fait l'objet d'un signalement par des policiers ou des proches.	Terminé
Le ministère de la Santé et des Services sociaux croit que l'analyse réalisée et les recommandations adressées peuvent être bénéfiques à l'ensemble des établissements susceptibles d'offrir des soins et services à une clientèle qui refuse les transfusions sanguines. **Rapport reçu à titre informatif dans un objectif d'amélioration**	Rapport transmis
Le collège des médecins rappelle aux établissements de santé l'importance de constituer un comité de triage actif, voyant à l'exercice d'un processus d'assurance qualité. **Rapport reçu à titre informatif dans un objectif d'amélioration**	Terminé
Le coroner recommande d'examiner la qualité des soins prodigués à une patiente, moins de 24 heures avant son décès.	Terminé
Le coroner recommande au comité de la Qualité de l'acte médical du CIUSSS MCQ d'évaluer les soins médicaux prodigués au patient ainsi que sa prise en charge à l'urgence, afin de s'assurer qu'ils rencontraient les standards de pratique applicables.	En cours de réalisation
Le coroner recommande de dispenser une formation spéciale aux préposés aux bénéficiaires visant à assurer une meilleure application des procédures de contention (en général) qui sont nécessaires dans certains cas précis.	En cours de réalisation
Mesures mises en place	
Différentes mesures ont été prises en réponse aux recommandations du coroner, notamment, la révision des dossiers médicaux par le comité de l'évaluation de l'acte médical pour vérifier que les pratiques appliquées étaient conformes aux standards de qualité attendus, diffusion de communications aux intervenants rappelant les consignes sur le suivi attendu pour la clientèle en santé mentale qui reçoit des services en externe lorsque celle-ci ne se présente pas à son rendez-vous, ainsi que la révision et la standardisation des procédures concernant les usagers anticoagulés pour s'assurer qu'un suivi adéquat dans la communauté soit fait suite au congé.	

Suivi des recommandations d'autres instances

Afin de connaître les actions posées en suivi des rapports et des recommandations provenant d'autres instances (ordres professionnels, enquêtes administratives, inspections, etc.), nous vous invitons à consulter le tableau intégré du suivi des plans d'amélioration sur le site Web au www.ciusssmcq.ca sous l'onglet *Qualité et performances des soins et services* > *Plans d'amélioration*.

5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

Cette partie concerne tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001).

Gardes préventives, provisoires et autorisées 2017-2018 Cumulatif						
	CHAUR	HSC	CSHSM	HCM CRSM	HDA	**TOTAL**
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	280	220	S.O.	71	77	**–**
**Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	265	211	S.O.	68	75	**–**
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	S.O.	S.O.	S.O.	15	S.O.	**18**
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	S.O.	S.O.	S.O.	11	S.O.	**14**
**Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	S.O.	S.O.	S.O.	11	S.O.	**14**
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil et présentées au tribunal par l'établissement	51	29	8	68	10	**166**
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	41	28	8	61	7	**145**
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	40	28	8	58	7	**141**
**Nombre d'usagers différents mis sous garde tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)	270	214	10	106	79	**679**

**S.O. : Nombre trop petit pour en permettre la publication.*
*** N.B. Il n'est pas exclu qu'un usager ait été compté deux fois dans le total du nombre d'usagers différents (si un usager sous garde dans une installation avait été transféré dans une autre installation, il apparaîtrait dans les deux installations)*

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

Nous vous invitons à consulter le rapport annuel complet de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sur le site Web au www.ciusssmcq.ca sous l'onglet *Documentation* > *rapports annuels et financiers*.

5.5 L'information et la consultation de la population

Soucieux d'avoir une réponse adaptée aux besoins de la population et d'améliorer les soins et les services, l'établissement favorise la participation des usagers et l'évaluation de leur expérience, des approches innovantes reconnues comme étant de bonnes pratiques à implanter dans les milieux de santé et de services sociaux.

Expérience usager
Plusieurs moyens pour évaluer l'expérience des usagers sont encouragés au CIUSSS MCQ. À cet effet, toutes les directions cliniques ont réalisé des sondages afin d'évaluer l'expérience vécue par les usagers dans leurs services. La plupart des directions administratives, en plus d'avoir effectué des sondages, sont devenues parties prenantes des améliorations à mettre en place au sein des directions cliniques. En voici quelques exemples :

- Réaménagement des plages horaires, afin d'augmenter l'accès aux usagers.
- Amélioration de la température ambiante du département pour le confort des usagers.
- Installation dans la salle d'attente d'un présentoir pour le dépliant sur le processus de plaintes.
- Adaptation de l'offre alimentaire.

Participation de l'usager
Cette approche vise l'implication des usagers et de leurs proches à tous les niveaux de la gouvernance, mais également en tant que partenaires des soins et des services qui leur sont offerts. Cette année, 88 demandes d'implication d'usagers, réparties dans tout le territoire, ont été recensées. Merci aux usagers qui se sont investis dans cette démarche! Leur participation a permis notamment le témoignage de leurs parcours de soins et de services auprès des équipes, la révision de processus cliniques et l'amélioration de la documentation remise aux usagers.

Le CIUSSS MCQ participe activement à plusieurs projets de recherche impliquant la participation de l'usager. Les résultats obtenus permettront d'évaluer l'impact de cette participation sur la qualité et la sécurité des soins et leur adaptation aux besoins de la population, notamment en oncologie, dans les secteurs traitant les accidents cérébraux vasculaires (AVC) et dans le domaine de la gestion des risques.

6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Application de la Politique concernant les soins de fin de vie
Période du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017[19]

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		CH	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie	**Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017** **Informations complémentaires :** Source de donnée : CLINIBASE ou MEDI-PATIENT (selon l'installation) Note: Sont exclues les personnes en soins palliatifs et de fin de vie hors unités de soins palliatifs.	**1038**				**N/A**
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017 **Informations complémentaires :** Sources de données : CLINIBASE		**1096**			**N/A**
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour la période du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017 **Informations complémentaires :** Source de données : I-CLSC			**2345**		**N/A**
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs pour la période du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017 **Informations complémentaires :** Source de données : statistiques périodiques maison de soins palliatifs				**378**	**N/A**
Sédation palliative continue	**Nombre de sédations palliatives continues administrées** **Informations complémentaires :** Source de données : *Formulaire de consentement à la sédation palliative continue — AH-880 DT9231 (2015-12)*	**17**	**5**	**8**	**12**	**42**
Aide médicale à mourir	**Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées** **Informations complémentaires :** Source de données : *Formulaire de demande d'aide médicale à mourir — AH-881 DT9232 (2015-12)*	**33**	**3**	**18**	**1**	**55**
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées **Informations complémentaires:** Source de données: *Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1— AH-882-2 DT9233 (2015-12) et Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir— Partie 2 — AH-882-2 DT9223 (2015-12)*	**24**	**3**	**7**		**34**
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs **Informations complémentaires:** Source de données : *Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1— AH-882-2 DT9233 (2015-12)* **Motifs :** - 5 usagers ont volontairement retiré sa demande; - 5 usagers sont décédés avant l'AMM; - 3 usagers sont devenus subitement inaptes à consentir; - 8 usagers ne remplissaient pas les critères.	**9**		**11**	**1**	**21**

[19] Conformément à la circulaire ministérielle 2017-2020, les données pour la période comprise entre le 10 décembre 2017 et le 31 mars 2018 seront présentées dans le rapport annuel de gestion 2018-2019.

7. Les ressources humaines

7.1 La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public

		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2017-04-02 au 2018-03-31	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	**Valeurs observées**	**Heures travaillées**	**Heures supplém.**	**Total heures rémunérées**	**Nbre ETC**	**Nbre individus**
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	1 134 390	1 192	1 135 583	625	673
	2015-16	1 027 096	964	1 028 060	565	625
	2016-17	954 405	726	955 131	525	597
	2017-18	875 360	668	876 028	482	554
	Variation	**(22,8 %)**	**(44,0 %)**	**(22,9 %)**	**(22,8 %)**	**(17,7 %)**
2 - Personnel professionnel	2014-15	3 133 140	15 368	3 148 507	1 742	2 245
	2015-16	3 158 220	13 113	3 171 333	1 754	2 225
	2016-17	3 215 005	14 524	3 229 529	1 787	2 291
	2017-18	3 406 672	18 919	3 425 591	1 895	2 436
	Variation	**8,7 %**	**23,1 %**	**8,8 %**	**8,8 %**	**8,5 %**
3 - Personnel infirmier	2014-15	6 961 372	236 102	7 197 474	3 746	5 040
	2015-16	6 940 978	210 074	7 151 052	3 739	4 987
	2016-17	6 953 830	243 670	7 197 500	3 740	4 983
	2017-18	7 086 590	325 489	7 412 079	3 807	5 007
	Variation	**1,8 %**	**37,9 %**	**3,0 %**	**1,6 %**	**(0,7 %)**
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	11 071 317	188 465	11 259 782	6 125	8 410
	2015-16	10 947 263	191 727	11 138 990	6 055	8 209
	2016-17	10 938 859	235 591	11 174 450	6 052	8 312
	2017-18	11 333 313	348 152	11 681 465	6 275	8 728
	Variation	**2,4 %**	**84,7 %**	**3,7 %**	**2,4 %**	**3,8 %**
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	2 591 341	40 959	2 632 300	1 323	1 984
	2015-16	2 510 386	37 914	2 548 300	1 280	1 890
	2016-17	2 521 645	46 195	2 567 840	1 286	1 943
	2017-18	2 515 609	53 571	2 569 180	1 284	1 946
	Variation	**(2,9 %)**	**30,8 %**	**(2,4 %)**	**(3,0 %)**	**(1,9 %)**
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	35 714	80	35 793	20	123
	2015-16	32 484	51	32 534	18	107
	2016-17	25 201	95	25 296	14	79
	2017-18	21 338	112	21 450	12	81
	Variation	**(40,3 %)**	**40,9 %**	**(40,1 %)**	**(39,7 %)**	**(34,1 %)**
Total du personnel	2014-15	24 927 274	482 166	25 409 440	13 581	17 749
	2015-16	24 616 426	453 843	25 070 269	13 412	17 375
	2016-17	24 608 945	540 801	25 149 746	13 404	17 457
	2017-18	25 238 882	746 911	25 985 793	13 755	17 997
	Variation	**1,3 %**	**54,9 %**	**2,3 %**	**1,3 %**	**1,4 %**

Le nombre d'heures rémunérées à respecter et fixé par le MSSS était de 25 296 432 heures. Cette cible n'a pas été respectée passant à 25 985 793 heures au 31 mars 2018, soit un dépassement de 689 361 heures. Cet écart s'explique par :

- Un rehaussement de la cible par le MSSS en 2017-2018 de 226 162 heures afin de tenir compte des crédits de développement reçus.
- Une hausse de l'assurance salaire comparativement aux heures budgétées.

8. Les ressources financières

8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Répartition des charges brutes par programme

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	23 914 608 $	1,70 %	24 418 622 $	1,81 %
Services généraux-activités cliniques et d'aide	67 161 302 $	4,77 %	62 422 839 $	4,63 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	263 342 764 $	18,70 %	253 459 922 $	18,81 %
Déficience physique	44 866 232 $	3,19 %	42 608 413 $	3,16 %
Déficience intellectuelle et TSA	75 896 433 $	5,39 %	74 575 974 $	5,54 %
Jeunes en difficulté	97 816 505 $	6,95 %	90 525 055 $	6,72 %
Dépendances	11 178 621 $	0,79 %	11 141 261 $	0,83 %
Santé mentale	75 378 881 $	5,35 %	74 292 843 $	5,51 %
Santé physique	474 297 980 $	33,67 %	449 549 299 $	33,38 %
Programmes soutien				
Administration	88 139 934 $	*6,26 %*	83 084 284 $	6,17 %
Soutien aux services	98 589 580 $	*7,00 %*	95 572 027 $	7,09 %
Gestion des bâtiments et des équipements	87 742 160 $	*6,23 %*	85 588 415 $	6,35 %
Total	**1 408 325 000 $**	***100,00 %***	**1 347 238 954 $**	**100,00 %**

Source : AS-471 – Pages 700-00 à 700-07

Nous vous invitons à consulter les états financiers complets inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur le site Web de l'établissement au www.ciusssmcq.ca pour obtenir plus d'information sur les ressources financières.

8.2 L'équilibre budgétaire

8.2.1 Rapport de la direction

Les états financiers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec 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 le 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 au 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. 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 intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec 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. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. dûment mandatée pour ce 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 Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Martin Beaumont
Président-directeur général

Nancy Lemay
Directrice des ressources financières

Résultats financiers

	Exploitation	Immobilisations	Total
	Exercice courant	Exercice courant	Exercice courant
Revenus	1 417 661 415 $	62 518 979 $	1 480 180 394 $
Charges	1 428 180 648 $	63 102 974 $	1 491 283 622 $
Surplus (déficit)	(10 519 233) $	(583 995) $	(11 103 228) $

Source : AS-471 – Page 200-00

En vertu de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, c. E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice.

Considérant le déficit présenté de 11 103 228 $ pour l'exercice terminé le 31 mars 2018, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale. Voici les éléments importants qui justifient ce déficit ainsi que les montants :

	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total
Revenus d'intérêts et autres revenus	0 $	390 990 $	390 990 $
Amortissement des immobilisations financées par un transfert d'avoir propre	0 $	(457 015)$	(457 015)$
Amortissement des immobilisations financées par des revenus d'intérêt et autres revenus du fonds d'immobilisations	0 $	(214 865)$	(214 865)$
Amortissement des immobilisations financées par des projets autofinancés dont la totalité des transferts ont été effectués lors d'exercices précédents	0 $	(303 855)$	(303 855)$
Assurance salaire	(4 848 672)$	0 $	(4 848 672)$
Dépenses de médicaments (nettes de la contribution spéciale du MSSS)	(2 324 724)$	0 $	(2 324 724)$
Projets non récurrents prévus au budget	(2 621 294)$	0 $	(2 621 294)$
Autres éléments non détaillés	(724 543)$	750 $	(723 793)$
TOTAL	**(10 519 233)$**	**(583 995)$**	**(11 103 228)$**

Mesures entreprises pour corriger la situation déficitaire :

- *Exercice 2017-2018*
  Le déficit total présenté sera assumé par notre solde de fonds cumulé.

- *Exercice 2018-2019*
  Pour l'assurance salaire et les coûts de médicament, une portion de l'équité interrégionale reçue dans le budget 2018-2019 a été réservée pour couvrir d'éventuels écarts.
  Pour les projets non récurrents prévus au budget 2017-2018, ceux-ci ne sont pas reconduits en 2018-2019.

8.3 Contrats de service comportant une dépense de 25 000 $ et plus conclus entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018

	Nombre	Valeur
Contrat de service avec une personne physique[20]	77	53 227 656 $
Contrat de service avec un contractant autre qu'une personne physique[21]	100	37 799 570 $
TOTAL des contrats de service	177	91 027 226 $

[20] Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non

[21] Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

9. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

État du suivi des réserves

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Significations des codes : *Colonne 3 :* *R : pour réserve* *O : pour observation* *C : pour commentaire* *Colonnes 5, 6 et 7* *R : pour réglé* *PR : pour partiellement réglé* *NR : pour non réglé*						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Contrat de location avec la SQI Comptabilisation des contrats de location d'immeubles avec la SQI à titre de contrats location-exploitation au lieu de contrats location-acquisition.	2010-2011 à 2017-2018	R	Aucune mesure, car directive du MSSS.			NR
Rapport d'assurance raisonnable du professionnel en exercice indépendant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Approbation des rapports périodiques: Certains rapports périodiques d'unités de mesure n'étaient pas approuvés par un supérieur.	2016-2017	C		R		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Question 6 **Politique sur les conditions de travail** Il n'existe pas de politique concernant les conditions de travail et la rémunération du personnel cadres et hors cadres (circulaire 02.01.22.01) et un mandat visé par la directive ministérielle (2012-026) (circulaire 02.01.32.06) ne respecte pas les conditions de rémunération.	2016-2017	O		R		
Question 7 **Déficiences dans les contrôles internes** Voir détail dans la section "rapport à la gouvernance"	2014-2015 à 2017-2018	C			PR	
Question 8 **Anomalies significatives non corrigées** Séparation des périodes des comptes à payer (voir page 122-00)	2016-2017 2017-2018	C	Les anomalies non corrigées ont été décelées lors de l'exercice précédent. Il s'agit du renversement d'une anomalie extrapolée.		PR	
Question 12 **Activités accessoires de type commercial**	2016-2017 2017-2018	O	Sur les 18 installations, la programmation des équipements pour 7 installations a été ajustée		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
La politique de gestion des stationnements n'est pas mise en place dans toutes les installations (circulaire 03.01.10.12).			selon la tarification demandée au 31 mars 2017. Pour les 11 autres installations, le processus d'acquisition des équipements devant permettre d'ajuster la tarification est complété, et les travaux d'installation sont prévus être terminés en juillet 2018.			
Rapport à la gouvernance						
Gestion des accès informatiques Lacunes au niveau de la gestion des accès informatiques (ajout, suivi et suppression d'accès, ségrégation des tâches).	2016-2017 2017-2018	C	Le processus du contrôle des accès est en révision.		PR	
Politiques et processus Certaines politiques, contrôles internes et processus ne sont pas tous uniformisés.	2016-2017 2017-2018	C	Il y a des travaux en cours sur la mise en place d'une politique unifiée.		PR	
Séparation des périodes La séparation des périodes pour les charges n'est pas toujours adéquate.	2016-2017	C		R		
Obligations contractuelles Certains écarts ont été trouvés dans les obligations contractuelles. La direction a apporté les corrections nécessaires aux pages 635-00, à l'exception d'une surévaluation en lien avec les RI, RTF, RNI découlant du fait que certains renouvellements ont été considérés alors qu'ils n'auraient pas dû l'être.	2016-2017	O		R		

Source : AS-471 – Page 140-00

Signification des codes

Colonne 3 « Nature »
R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique »
R : Réglé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

10. Organismes communautaires

Le CIUSSS reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), le CIUSSS MCQ apporte à ces organismes un soutien financier complémentaire à la contribution de la communauté. Deux autres objectifs sont traduits dans les actions portées, soit reconnaître et promouvoir l'action des organismes communautaires et leur offrir le soutien et l'information nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires

La reconnaissance
La *Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec* balise l'analyse des demandes de reconnaissance. La politique détermine clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, énonce les caractéristiques définissant un organisme communautaire et introduit la notion de non-dédoublement des organismes sur un même territoire. Dans le cadre du PSOC, la reconnaissance comme organisme communautaire est préalable à l'obtention d'un soutien financier en mission globale.

En 2017-2018, cinq nouvelles ressources ont obtenu une reconnaissance de leur mission globale à titre d'organisme communautaire autonome au PSOC. Un de ces organismes a fermé en cours d'année. De plus, deux processus de fusion ont été complétés.

Le soutien financier
Les sommes dédiées aux organismes communautaires ont été attribuées en conformité avec les exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), les balises du PSOC, les orientations ministérielles et régionales, le Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et les conventions de soutien financier. Le PSOC comprend trois modes de financement :

- le financement à la mission globale
- le financement pour activités spécifiques
- le financement ponctuel

Un processus rigoureux de reddition de comptes a été établi par le CIUSSS MCQ. À cet effet, les organismes communautaires doivent transmettre au CIUSSS MCQ, 90 jours après la fin de l'année financière de l'organisme, leur rapport financier et leur rapport d'activité. Les rapports sont ensuite analysés par une professionnelle.

Compte tenu des difficultés rencontrées par certains organismes à se conformer aux critères d'attribution des subventions, plus d'une vingtaine d'organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier au cours de la dernière année. Dans certains cas, le financement a été retenu ou diminué.

Constats
Au 31 mars 2018, le CIUSSS MCQ reconnaît 224 ressources à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Durant l'année financière 2017-2018, le PSOC a octroyé du financement à 222 organismes en mission globale et 25 organismes ont été financés uniquement pour des activités spécifiques. Ce sont donc 247 organismes communautaires qui ont été soutenus financièrement par le PSOC au cours de cette période.

Nombre d'organismes financés par catégorie	
Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	**10**
Déficience intellectuelle	7
Trouble du spectre de l'autisme	3
Déficience physique	**27**
Déficience physique	13
Déficiences multiples	14
Dépendances	**13**
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	9
Hébergement mixte	4
Jeunes en difficulté	**57**
Organismes de justice alternative	7
Maisons de jeunes	34
Autres ressources jeunesse	14
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2
Perte d'autonomie liée au vieillissement	**25**
Maintien à domicile	10
Centres d'action bénévole	15
Santé mentale	**26**
Santé mentale	26
Santé physique	**16**
Santé physique	12
Cancer	1
Maisons agréées de soins palliatifs	3
Santé publique	**46**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	19
Personnes démunies	24
VIH/Sida	3
Services généraux, activités cliniques et d'aide	**27**
Orientation et identité sexuelle	2
Concertation et consultation générale	1
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	7
Centres de femmes	7
Autres ressources pour femmes	1
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	4
Ressources pour hommes	5
Sous-total	**247**
Organismes financés exclusivement pour des activités spécifiques	**25**
Organismes financés en mission globale au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)	**222**

Au cours de l'année 2016-2017, une démarche de recension des subventions accordées aux organismes communautaires par les installations composant maintenant le CIUSSS MCQ avait été effectuée. En suivi de cette recension, des transferts au PSOC ont été réalisés. Le CIUSSS MCQ vise à assurer une cohérence régionale dans le soutien apporté aux organismes communautaires.

Au cours de l'année 2017-2018, 9 ententes de financement en provenance des directions de programme et 8 subventions pour des activités spécifiques du PSOC ont été ajoutées au financement en soutien à la mission globale de 20 organismes communautaires, totalisant un montant de 259 762 $.

De plus, 4 ententes pour activités spécifiques initialement octroyées par les directions de programme ont été transférées au PSOC, pour un total de 216 705 $.

Les travaux se poursuivent en collaboration avec les directions de programme afin de s'assurer de soutenir les organismes communautaires avec les modalités les mieux adaptées, dans un souci de cohérence régionale.

L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires
Le PSOC apporte un soutien financier à la mission globale de 222 organismes communautaires, répartis dans 26 catégories. On estime à plus de 17 000 le nombre de personnes impliquées dans la réalisation de la mission de ces ressources. Ces individus, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, permettent la réalisation d'activités diversifiées, dont :

- l'accueil, l'écoute, l'évaluation, le soutien, l'aide, l'accompagnement et la référence;
- la mise en place et l'animation de groupes d'entraide;
- l'aide directe à la population (banques alimentaires, prêts de matériel, comptoirs vestimentaires);
- la réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques (prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements);
- le soutien à la réinsertion sociale;
- l'hébergement pour différents groupes de la population (femmes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes alcooliques ou toxicomanes, personnes atteintes du sida ou de la maladie d'Alzheimer, personnes itinérantes).

Évolution du budget alloué aux organismes communautaires	2016-2017		2017-2018	
Mission globale	35 665 437 $	86 %	36 627 739 $	86 %
Activités spécifiques	5 579 408 $	14 %	5 727 849 $	14 %
TOTAL	**41 244 845 $**	**100 %**	**42 355 588 $**	**100 %**

Les principaux investissements récurrents réalisés dans ce programme sont les suivants :

- des crédits de développement ministériel de 677 800 $ ont été répartis en soutien à la mission globale de 44 organismes communautaires
- une indexation de 0,7 %, totalisant 288 390 $, a été octroyée aux organismes financés au PSOC
- des crédits supplémentaires de 66 996 $ ont été ajoutés au montant de 177 041 $ et répartis entre les 4 organismes qui assurent les services de supervision des droits d'accès (SDA)

Certains réaménagements budgétaires auront permis, sur une base récurrente :

- d'octroyer du financement en entente pour activités spécifiques à un nouvel organisme communautaire offrant le Programme y'a personne de parfait (Y'APP)
- de conclure une entente pour la réponse téléphonique régionale en prévention du suicide
- de poursuivre le soutien financier du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) pour un territoire.
- de procéder au rehaussement du financement d'un organisme de répit

De plus, quelques allocations ont été réparties de façon non récurrente :

- 35 310 $ alloués à la Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux pour défrayer les coûts inhérents à la réalisation des activités du Programme

régional de formation dédié aux organismes communautaires
- 4 000 $ versés pour un programme de formation avec l'École Nationale d'Administration publique (ÉNAP)
- 3 325 $ octroyés pour l'organisation d'un lac-à-l'épaule pour le Regroupement des Maisons de jeunes du Centre-du-Québec
- 10 270 $ alloués à 4 organismes communautaires afin de soutenir deux processus de fusion
- 26 522 $ octroyés à un centre de prévention du suicide pour la poursuite des services d'implantation du réseau de Sentinelles sur le territoire du Centre-de-la-Mauricie, de Mékinac et du Haut-Saint-Maurice
- 10 000 $ alloués à un organisme pour la relocation de ses services.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	**Subvention PSOC 2017-2018**	**Variation†**
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT			
Déficience intellectuelle			
Arche Mauricie inc.	396 284 $	399 058 $	1 %
Association des personnes déficientes intellectuelles / Bécancour-Nicolet-Yamaska	161 887 $	163 020 $	1 %
Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie/Mékinac[22]	255 000 $	256 785 $	1 %
L'Association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	91 246 $	91 885 $	1 %
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	76 187 $	76 720 $	1 %
Parrainage civique Drummond inc.	95 621 $	96 290 $	1 %
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	85 565 $	86 164 $	1 %
	1 161 790 $	**1 169 922 $**	**1 %**
Trouble du spectre de l'autisme			
Autisme – Centre-du-Québec	72 369 $	72 876 $	1 %
Autisme Mauricie	130 743 $	131 658 $	1 %
Les horizons ouverts	187 954 $	189 270 $	1 %
	391 066 $	**393 804 $**	**1 %**
DÉFICIENCE PHYSIQUE			
Déficience physique			
Association de la surdité du Centre du Québec	7 506 $	7 559 $	1 %
Association de paralysie cérébrale région Mauricie et Centre-du-Québec	73 701 $	74 217 $	1 %
Association des personnes handicapées de Drummond inc.[23]	72 450 $	79 600 $	10 %
Association des personnes malentendantes de la Mauricie	69 800 $	70 288 $	1 %
Association des personnes malentendantes des Bois-Francs[24]	63 690 $	79 600 $	25 %
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie-Centre-du-Québec inc.[25]	84 240 $	95 520 $	13 %
Association éducative et récréative des aveugles	60 000 $	60 420 $	1 %
Association québécoise de la dysphasie, Mauricie et Centre-du-Québec[26]	—	25 000 $	100 %
Coup de main Mauricie	117 467 $	118 289 $	1 %

[22] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement.
[23] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[24] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[25] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
26 Organisme ayant été reconnu au PSOC en 2017-2018 et ayant reçu son premier financement en mission globale.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	**Subvention PSOC 2017-2018**	**Variation†**
H.S.I. Handicaps soleil inc.	79 459 $	80 015 $	1 %
Handicap action autonomie Bois-Francs	92 102 $	92 747 $	1 %
L'Autre Fabrik inc.	254 207 $	255 986 $	1 %
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie[27]	44 208 $	11 052 $	-75 %
	1 018 830 $	**1 050 293 $**	**3 %**
Déficiences multiples			
« La source » Association des personnes handicapées du Haut Saint-Maurice inc.	85 309 $	85 906 $	1 %
APEVAH des Chenaux[28]	70 442 $	79 600 $	13 %
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	83 856 $	84 443 $	1 %
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	106 426 $	107 171 $	1 %
Association des parents d'enfants handicapés de Drummond inc. (APEHD)	84 148 $	84 737 $	1 %
Association des personnes handicapées actives de Mékinac	86 769 $	87 376 $	1 %
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour[29]	104 548 $	107 460 $	3 %
Association des personnes handicapées de l'Érable inc.	89 268 $	89 893 $	1 %
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	120 451 $	121 294 $	1 %
Centre de répit Normand-Léveillé	67 374 $	67 846 $	1 %
Centre de stimulation l'Envol	110 683 $	111 458 $	1 %
L'Amis-temps des Bois-Francs[30]	209 860 $	227 010 $	8 %
L'association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	80 901 $	81 467 $	1 %
L'Évasion, service de gardiennage et de répit[31]	255 000 $	241 104 $	-5 %
	1 555 035 $	**1 576 765 $**	**1 %**
DÉPENDANCES			
Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances			
Action toxicomanie[32]	90 636 $	100 031 $	10 %
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.	99 805 $	100 504 $	1 %
Centre d'entraide Aux rayons du soleil inc.	63 454 $	63 898 $	1 %
Centre l'Étape du bassin de Maskinongé inc.	90 635 $	91 269 $	1 %
La relance Nicolet-Bécancour inc.	90 635 $	91 269 $	1 %
Le grand chemin inc.	467 051 $	519 668 $	11 %
Maison Carignan inc.	269 044 $	270 927 $	1 %
Pavillon de l'assuétude[33]	529 778 $	522 449 $	-1 %
Unité Domrémy de Plessisville inc.[34]	102 748 $	107 460 $	5 %
	1 803 786 $	**1 867 475 $**	**4 %**
Hébergement mixte			
Centre Le havre de Trois-Rivières inc.[35]	580 990 $	621 476 $	7 %

27 Organisme ayant vu son financement retenu ou diminué en 2017-2018.

28 Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.

29 Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.

30 Organisme ayant bénéficié d'un financement supplémentaire en 2017-2018.

31 Organisme ayant vu son financement retenu ou diminué en 2017-2018.

32 Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques en 2017-2018.

33 Organisme ayant vu son financement retenu ou diminué en 2017-2018.

34 Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	**Subvention PSOC 2017-2018**	**Variation†**
Centre Roland-Bertrand[36]	643 757 $	664 303 $	3 %
Ensoleilvent[37]	375 631 $	381 671 $	2 %
Maison de transition de la Batiscan	388 631 $	391 351 $	1 %
	1 989 009 $	**2 058 801 $**	**4 %**
JEUNES EN DIFFICULTÉ			
Organismes de justice alternative			
Aux trois pivots	480 647 $	484 012 $	1 %
Avenues citoyennes Organisme de justice alternative	146 677 $	147 704 $	1 %
Commun accord organisme de justice alternative	211 458 $	212 938 $	1 %
L'alter égaux, Organisme de justice alternative	87 579 $	88 192 $	1 %
Organisme de justice alternative Volteface	264 688 $	266 541 $	1 %
Pacte Bois-Francs inc.	213 135 $	214 627 $	1 %
Ressources alternatives Maskinongé	90 859 $	91 495 $	1 %
	1 495 043 $	**1 505 509 $**	**1 %**
Maisons de jeunes			
« L'eau-vent » (maison de jeunes)	108 025 $	108 781 $	1 %
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	120 299 $	121 141 $	1 %
Carrefour jeunesse de Shawinigan (Maison des jeunes de Shawinigan)	117 201 $	118 021 $	1 %
Défi-jeunesse du Haut St-Maurice inc.	116 017 $	116 829 $	1 %
La corporation de la maison des jeunes « Action-jeunesse » inc.	108 025 $	108 781 $	1 %
La Fréquence Inc.	120 299 $	121 796 $	1 %
La maison des jeunes « Au bout du monde » de St-Paulin[38]	105 560 $	108 096 $	2 %
La maison des jeunes L'escale jeunesse-La piaule[39]	91 636 $	107 460 $	17 %
La maison des jeunes Au cœur des montagnes[40]	95 907 $	107 460 $	12 %
La maison des jeunes de Plessisville inc.	113 877 $	115 329 $	1 %
La traversée 12-18 ans inc.[41]	114 305 $	119 085 $	4 %
L'accueil jeunesse Grand'Mère inc.	117 201 $	118 021 $	1 %
L'association des groupes de jeunes des Hauts-Reliefs[42]	95 907 $	107 460 $	12 %
Local action jeunes[43]	86 631 $	107 460 $	24 %
Maison des jeunes Le transit[44]	102 767 $	107 460 $	5 %
Maison des jeunes L'éveil jeunesse de Louiseville inc.	114 306 $	115 106 $	1 %
Maison de quartier de Drummondville inc.	120 299 $	121 141 $	1 %
Maison des jeunes « La destination 12-17 » inc.	128 180 $	129 732 $	1 %
Maison des jeunes « Le chakado »[45]	85 818 $	107 460 $	25 %

[35] Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'ententes pour activités spécifiques en 2017-2018.
[36] Organisme ayant reçu un financement supplémentaire SDA pour 2017-2018.
[37] Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques en 2017-2018.
[38] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[39] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[40] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[41] Organisme ayant reçu du financement ponctuel en 2017-2018.
[42] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[43] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[44] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[45] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	**Subvention PSOC 2017-2018**	**Variation†**
Maison des jeunes de Bécancour[46]	68 240 $	79 600 $	17 %
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban L'index	88 044 $	88 660 $	1 %
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond[47]	92 044 $	107 460 $	17 %
Maison des jeunes de Saint-Cyrille de Wendover[48]	101 257 $	107 460 $	6 %
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-des-Saults[49]	52 117 $	77 481 $	49 %
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud[50]	92 044 $	107 460 $	17 %
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.[51]	71 798 $	79 600 $	11 %
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain[52]	85 662 $	107 460 $	25 %
Maison des jeunes de St-Germain	95 907 $	96 578 $	1 %
Maison des jeunes de Wickham[53]	85 662 $	107 460 $	25 %
Maison des jeunes du Bas St-François	87 090 $	87 700 $	1 %
Maison des jeunes La forteresse[54]	85 662 $	107 460 $	25 %
Partenaires 12-18 / Érable	85 246 $	86 498 $	1 %
Partenaires action jeunesse Mékinac	70 159 $	70 650 $	1 %
Trait d'union de Victoriaville	122 758 $	124 272 $	1 %
	3 345 950 $	**3 602 418 $**	**8 %**
Autres ressources jeunesse			
Centre social et récréatif St-Sacrement	16 504 $	16 620 $	1 %
Espace Bois-Francs	137 709 $	138 673 $	1 %
Espace Mauricie	147 716 $	148 750 $	1 %
Gentilly Transit jeunesse[55]	63 454 $	79 600 $	25 %
Grands frères et grandes sœurs de Trois-Rivières[56]	63 454 $	79 600 $	25 %
LaRue Bécancour inc.	95 486 $	96 154 $	1 %
Le refuge La piaule du Centre du Québec inc.[57]	183 432 $	185 609 $	1 %
Le TRÀSH – Travail de rue à Shawinigan[58]	63 454 $	79 600 $	25 %
Maison Marie Rivier de Drummondville inc.	83 421 $	84 005 $	1 %
Point de rue de Trois-Rivières & Nicolet - Yamaska[59]	311 224 $	319 243 $	3 %
Répit jeunesse	99 248 $	99 943 $	1 %
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	95 486 $	96 154 $	1 %
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	95 486 $	95 675 $	0 %
	1 456 074 $	**1 519 626 $**	**4 %**

[46] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[47] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[48] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[49] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[50] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[51] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[52] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[53] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[54] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[55] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[56] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[57] Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques en 2017-2018.
[58] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[59] Organisme ayant fusionné avec Organisme Centretien de Nicolet et régions et ayant modifié sa dénomination sociale en 2017-2018. Il a également fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques et a reçu un financement ponctuel.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	**Subvention PSOC 2017-2018**	**Variation†**
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse			
Maison Habit-action de Drummondville inc.	430 205 $	433 216 $	1 %
Maison Raymond Roy	422 986 $	425 947 $	1 %
	853 191 $	**859 163 $**	**1 %**
PERTES D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT			
Maintien à domicile			
Association des aidants naturels du bassin de Maskinongé « Mains tendres »	103 132 $	103 853 $	1 %
Association des personnes aidantes de la Vallée-de-la-Batiscan	103 132 $	103 853 $	1 %
Association des personnes proches aidantes de Bécancour-Nicolet-Yamaska	103 132 $	103 855 $	1 %
Association des personnes proches aidantes Drummond	103 132 $	103 855 $	1 %
Association des proches aidants Arthabaska-Érable	103 132 $	103 855 $	1 %
Carpe Diem – Centre de ressources Alzheimer	725 923 $	731 004 $	1 %
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	103 132 $	103 853 $	1 %
Services René-Verrier	206 264 $	207 708 $	1 %
Société Alzheimer du Centre-du-Québec[60]	409 540 $	428 864 $	5 %
Soutien à domicile des Chenaux	22 000 $	22 000 $	0 %
	1 982 519 $	**2 012 700 $**	**2 %**
Centres d'action bénévole (CAB)			
Carrefour d'action bénévole du Haut Saint-Maurice	159 664 $	160 782 $	1 %
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francs	385 640 $	388 340 $	1 %
Centre d'action bénévole de Grand'Mère inc.	214 224 $	215 724 $	1 %
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Bécancour	255 665 $	257 455 $	1 %
Centre d'action bénévole de la Moraine	151 348 $	152 408 $	1 %
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	198 262 $	199 650 $	1 %
Centre d'action bénévole de l'Érable	175 133 $	176 359 $	1 %
Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	168 947 $	170 130 $	1 %
Centre d'action bénévole des Riverains	151 348 $	152 408 $	1 %
Centre d'action bénévole Drummond inc.	431 468 $	434 489 $	1 %
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	160 804 $	161 930 $	1 %
Centre d'action bénévole du Rivage	233 114 $	234 746 $	1 %
Centre d'action bénévole Laviolette	417 473 $	420 395 $	1 %
Centre d'action bénévole Mékinac	162 419 $	163 556 $	1 %
Le centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	301 809 $	303 922 $	1 %
	3 567 318 $	**3 592 294 $**	**1 %**
SANTÉ MENTALE			
Santé mentale			
Association des proches de la personne atteinte de maladie mentale - Drummond	185 230 $	186 463 $	1 %
Association Le P.A.S.	182 858 $	184 138 $	1 %
Atikamekw Sipi – Conseil de la Nation Atikamekw[61]	13 474 $	0 $	-100 %

[60] Crédits de développement 2016-2017 versés à l'organisme en 2017-2018.
[61] Organisme dont l'entente et le financement ont pris fin en 2017-2018.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	**Subvention PSOC 2017-2018**	**Variation†**
Centre de prévention suicide : Accalmie[62]	756 278 $	845 617 $	12 %
Centre de prévention suicide Arthabaska-Érable inc.[63]	187 592 $	182 442 $	-3 %
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond[64]	196 284 $	172 948 $	-12 %
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie, Mékinac, inc.[65]	166 240 $	81 054 $	-51 %
Groupe d'entraide « L'entrain »	195 294 $	196 661 $	1 %
Groupe d'entraide Facile d'accès	142 772 $	143 771 $	1 %
Groupe d'entraide La lanterne	229 201 $	230 806 $	1 %
La chrysalide Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	386 041 $	388 743 $	1 %
La maison Le réverbère inc.	415 398 $	418 306 $	1 %
La passerelle, Association de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale de Bécancour-Nicolet-Yamaska	140 694 $	141 679 $	1 %
La ruche aire-ouverte inc.	180 576 $	181 840 $	1 %
L'avenue-libre du bassin de Maskinongé inc.	150 771 $	151 827 $	1 %
Le gyroscope du bassin de Maskinongé	121 837 $	122 690 $	1 %
Le périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM)[66]	171 027 $	144 895 $	-15 %
Le phénix, ECJ, Centre Mauricie/Mékinac	186 105 $	187 407 $	1 %
Le réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	70 078 $	70 569 $	1 %
Le traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	242 328 $	244 024 $	1 %
Les parents-partenaires inc.	130 748 $	131 664 $	1 %
Pivot Centre-Du-Québec	241 714 $	243 406 $	1 %
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	106 670 $	107 416 $	1 %
Réseau d'aide Le tremplin inc.	606 474 $	610 720 $	1 %
S.I.T. (Service d'intégration au travail)[67]	394 739 $	528 412 $	34 %
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	221 739 $	223 291 $	1 %
TDA/H Mauricie Centre du Québec[68]	41 392 $	80 357 $	94 %
	6 063 554 $	**6 201 146 $**	**2 %**
SANTÉ PHYSIQUE			
Santé physique			
Albatros Centre-Mauricie[69]	—	25 000 $	100 %
Association de la fibromyalgie Mauricie / Centre-du-Québec[70]	70 053 $	95 520 $	36 %

[62] Organisme issu de la fusion d'Accalmie : Accompagnement et hébergement pour personnes suicidaires et du Centre de prévention suicide Les deux rives. Il a également fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques et a reçu du financement ponctuel en 2017-2018.
[63] Organisme ayant reçu du financement ponctuel en 2016-2017.
[64] Organisme ayant reçu du financement ponctuel en 2016-2017.
[65] Organisme ayant vu son financement retenu ou diminué en 2017-2018.
[66] Organisme ayant vu son financement retenu ou diminué en 2017-2018.
[67] Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques.
[68] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[69] Organisme ayant été reconnu au PSOC en 2017-2018 et ayant reçu son premier financement en mission globale.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	**Subvention PSOC 2017-2018**	**Variation†**
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	69 040 $	69 523 $	1 %
Association des personnes aphasiques de la Mauricie[71]	70 821 $	87 560 $	24 %
Association des traumatisés crânio-cérébraux, Mauricie/Centre du Québec[72]	89 020 $	107 460 $	21 %
Diabète Bois-Francs[73]	63 105 $	79 600 $	26 %
Épilepsie Mauricie Centre du Québec	94 879 $	95 543 $	1 %
Hépatites ressources	112 620 $	113 408 $	1 %
La fondation des traumatisés cranio-cérébraux Mauricie Bois-Francs inc.	58 542 $	58 952 $	1 %
Parkinson Centre-du-Québec Mauricie inc.[74]	72 192 $	95 520 $	32 %
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Centre-du-Québec	69 440 $	69 926 $	1 %
Société canadienne de la Sclérose en plaques, section Mauricie[75]	76 122 $	87 560 $	15 %
	845 834 $	**985 572 $**	**17 %**
Cancer			
Le ruban rose[76]	70 691 $	79 600 $	13 %
	70 691 $	**79 600 $**	**13 %**
Maisons agréées de soins palliatifs			
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	442 000 $	445 094 $	1 %
Maison Marie Pagé	306 000 $	308 142 $	1 %
Maison René-Verrier	688 160 $	692 977 $	1 %
	1 436 160 $	**1 446 213 $**	**1 %**
SANTÉ PUBLIQUE			
Contraception, allaitement, périnatalité, famille			
Allaitement-soleil[77]	74 106 $	79 600 $	7 %
Association des familles monoparentales ou recomposées La source[78]	19 017 $	23 470 $	23 %
Association Parents-ressources des Bois-Francs	18 732 $	18 863 $	1 %
Carrefour familial de Manseau (CFM)[79]	—	2 518 $	100 %
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.[80]	90 748 $	112 460 $	24 %
F.A.I.R.E (Familles d'appui et intervention pour un réseau d'entraide)	4 500 $	4 500 $	0 %
La maison de la famille de Trois-Rivières inc.[81]	170 710 $	189 285 $	11 %
La parenthèse, Service droits d'accès[82]	27 421 $	49 843 $	82 %

[70] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[71] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[72] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[73] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[74] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[75] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[76] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[77] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[78] Organisme ayant reçu un financement supplémentaire SDA pour 2017-2018.
[79] Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques en 2017-2018.
[80] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[81] Organisme ayant reçu un financement supplémentaire SDA pour 2017-2018.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	**Subvention PSOC 2017-2018**	**Variation†**
Le lien Maison de la famille[83]	3 000 $	17 215 $	474 %
Le rendez-vous familial inc.	5 000 $	5 000 $	0 %
Maison de la famille des Chenaux	16 741 $	16 741 $	0 %
Maison de la famille du bassin de Maskinongé	18 307 $	18 436 $	1 %
Maison de la famille, Drummond inc.	16 309 $	16 406 $	1 %
Maison des familles Chemin du Roi inc.[84]	8 053 $	2 500 $	-69 %
Maison des familles de l'Érable	13 807 $	13 904 $	1 %
Maison des familles de Mékinac	16 809 $	16 927 $	1 %
Maison des familles du Rivage	5 000 $	5 000 $	0 %
Maternaide du Québec	97 323 $	97 970 $	1 %
Ressource parent-ailes	27 168 $	27 358 $	1 %
	632 751 $	**717 996 $**	**13 %**
Personnes démunies			
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	128 764 $	129 665 $	1 %
Carrefour d'entraide Drummond inc.[85]	122 823 $	112 557 $	-8 %
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	93 587 $	94 167 $	1 %
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	116 418 $	117 233 $	1 %
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	77 677 $	78 221 $	1 %
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	117 208 $	118 029 $	1 %
Centre du Plateau Laval[86]	140 391 $	136 374 $	-3 %
Comptoir alimentaire Drummond inc.[87]	89 949 $	93 990 $	4 %
Ebyôn	75 151 $	75 677 $	1 %
Entraide Bécancour inc.[88]	68 332 $	79 600 $	16 %
Fonds communautaire des Chenaux	100 220 $	100 921 $	1 %
La maison de L'abondance	62 000 $	62 000 $	0 %
La sécurité alimentaire	87 943 $	89 063 $	1 %
La tablée populaire[89]	109 199 $	113 374 $	4 %
L'entre-aide de Louiseville	84 698 $	85 291 $	1 %
Les artisans bénévoles de la paix en Mauricie	101 872 $	102 585 $	1 %
Les cuisines collectives de Francheville	123 673 $	124 539 $	1 %
Les cuisines collectives des Bois-Francs	129 294 $	130 199 $	1 %
Ludolettre	107 378 $	108 112 $	1 %
Maison Coup de pouce T.-R.[90]	100 679 $	107 460 $	7 %
Moisson Mauricie /Centre-du-Québec	116 157 $	116 970 $	1 %
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	95 042 $	95 707 $	1 %

[82] Organisme ayant reçu un financement supplémentaire SDA pour 2017-2018.
[83] Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques en 2017-2018.
[84] Organismes ayant cessé ces activités SDA en 2016-2017.
[85] Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques en 2017-2018.
[86] Organisme ayant vu son financement retenu ou diminué en 2017-2018.
[87] Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques en 2017-2018.
[88] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[89] Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques en 2017-2018.
[90] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	**Subvention PSOC 2017-2018**	**Variation†**
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	124 493 $	125 364 $	1 %
Ressource aide alimentaire	84 059 $	84 647 $	1 %
	2 457 007 $	**2 481 745 $**	**1 %**
VIH – SIDA			
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	129 386 $	130 292 $	1 %
Maison Re-Né inc.[91]	314 922 $	318 923 $	1 %
Sidaction Mauricie inc.	106 344 $	107 088 $	1 %
	550 652 $	**556 303 $**	**1 %**
SERVICES GÉNÉRAUX, ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE			
Orientation et identité sexuelles			
Groupe régional d'intervention sociale (GRIS)–Mauricie/Centre-du-Québec	76 145 $	76 678 $	1 %
Trans-Mauricie/Centre-du-Québec[92]	—	25 000 $	100 %
	76 145 $	**101 678 $**	**34 %**
Concertation et consultation générale			
Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	224 060 $	226 668 $	1 %
	224 060 $	**226 668 $**	**1 %**
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté			
La maison La nacelle	667 651 $	672 325 $	1 %
La rose des vents de Drummond inc.	682 873 $	687 653 $	1 %
La séjournelle	683 253 $	688 036 $	1 %
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.[93]	709 132 $	724 096 $	2 %
Le toit de l'amitié	656 413 $	661 008 $	1 %
Maison « De connivence » inc.	683 253 $	688 036 $	1 %
Maison d'hébergement La volte-face	685 543 $	690 342 $	1 %
	4 768 118 $	**4 811 496 $**	**1 %**
Centres de femmes			
Centre de femmes de Shawinigan inc.	198 404 $	199 793 $	1 %
Centre de femmes Parmi elles	198 216 $	199 604 $	1 %
Centre des femmes L'héritage	198 216 $	199 604 $	1 %
Femmes de Mékinac	198 020 $	199 406 $	1 %
La maison des femmes des Bois-Francs	198 313 $	199 701 $	1 %
Le collectif des femmes de Nicolet et région[94]	209 499 $	199 604 $	-5 %
Maison des femmes de Drummondville	198 475 $	199 864 $	1 %
	1 399 143 $	**1 397 576 $**	**0 %**
Autres ressources pour femmes			
Centre de santé des femmes de la Mauricie	550 143 $	553 994 $	1 %
	550 143 $	**553 994 $**	**1 %**

[91] Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2017-2018.
[92] Organisme ayant été reconnu au PSOC en 2017-2018 et ayant reçu son premier financement en mission globale.
[93] Organisme ayant reçu du financement ponctuel en 2017-2018.
[94] Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'entente pour activités spécifiques en 2017-2018.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	**Subvention PSOC 2017-2018**	**Variation†**
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)			
CALACS Entraid'action, Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	154 211 $	155 290 $	1 %
CALACS La passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	260 560 $	262 384 $	1 %
CALACS Unies-vers-elles	139 495 $	140 471 $	1 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	290 168 $	292 199 $	1 %
	844 434 $	**850 344 $**	**1 %**
Ressources pour hommes			
Chez-nous entre-hommes	171 441 $	172 641 $	1 %
Entraide Mauricie-Centre-du-Québec pour hommes agressés sexuellement dans l'enfance (EMPHASE)[95]	—	25 000 $	100 %
Halte Drummond	151 761 $	152 823 $	1 %
Homme alternative	151 761 $	152 823 $	1 %
L'accord Mauricie inc.	231 579 $	233 200 $	1 %
	706 542 $	**736 487 $**	**4 %**
GRAND TOTAL	**41 244 845 $**	**42 355 588 $**	**3 %**

**Ces montants sont ceux octroyés par le PSOC. Ils n'incluent pas le financement versé aux organismes communautaires par les anciens établissements qui composent maintenant le CIUSSS.*

† *Les variations indiquées au présent tableau ont fait l'objet d'un arrondi à l'unité.*

[95] Organisme ayant été reconnu au PSOC en 2017-2018 et ayant reçu son premier financement en mission globale.

11. Annexes

Annexe I - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Préambule

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'ordre de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance, dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 – Dispositions générales

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration, et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque membre du conseil.

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
e) prévoit des mécanismes d'application, dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration repose notamment sur les dispositions suivantes :

- la disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec;
- les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1);

- les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2);
- les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2);
- la Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1);
- la Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code

Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc

Comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil

Conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Conflit d'intérêts

Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint

Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la Loi d'interprétation (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise

Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate

Aux fins de l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave

Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt

Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS
Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

LSSSS
Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Membre
Membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante
Tel que défini à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable
Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances.

Renseignements confidentiels
Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen ad hoc, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Section 2 – Principes d'éthique et règles de déontologie

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme membre du conseil d'administration, cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie;
- remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi;
- témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables;
- être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population;
- exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles;
- participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
- contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur;
- assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1. Disponibilité et compétence

- être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement;
- prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions;
- favoriser l'entraide;
- s'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2. Respect et loyauté

- respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables, ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi;

- agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination;
- respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence;
- respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3. Impartialité

- se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit;
- placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4. Transparence

- exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes;
- partager avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5. Discrétion et confidentialité

- faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci;
- faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu;
- préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration;
- s'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6. Considérations politiques

- prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7. Relations publiques

- respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8. Charge publique

- informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective;

- démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9. Biens et services de l'établissement

- utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10. Avantages et cadeaux

- ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11. Interventions inappropriées

- s'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel;
- s'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – conflit d'intérêts

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. **10**. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un membre du conseil par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;

e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de services ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.

14. Le membre qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent è l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 – Application

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code d'éthique et de déontologie des membres par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire Engagement et affirmation du membre de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions :

a) d'élaborer un code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
b) de voir à la diffusion et à la promotion du présent code auprès des membres du conseil d'administration;
c) d'informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent code;
d) de conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent code;
e) d'assurer le traitement des déclarations de conflit d'intérêts et de fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) de réviser, au besoin, le présent code et de soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) d'évaluer périodiquement l'application du présent code et de faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;

h) de retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
i) d'assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent code et de faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi il est proposé de mettre en place un « comité d'examen ad hoc » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18. Comité d'examen ad hoc

18.1. Le comité de gouvernance et d'éthique forme, au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique.

Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2. Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3. Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :
a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent code;
c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4. La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc, de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5. Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2. Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3. Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du

Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés. Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.

19.4. Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen de l'annexe VII.

19.5. Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6. Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8. Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;
b) un résumé des témoignages et des documents consultés, incluant le point de vue du membre visé;
c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9. Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10. Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11. Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée de même que la décision de le relever de ses fonctions doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le ministre de la Santé et des Services sociaux, selon la gravité du manquement.

19.12. Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13. Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration dans les plus brefs délais toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire Avis de bris du statut d'indépendance de l'annexe II du présent code, au plus tard dans les trente (30) jours suivants la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions;
- se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures de membre du conseil;
- ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public;
- s'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

Annexe II – Échelle de classification des événements

Événement	Catégorie	Description
Incident	**A**	Circonstance ou évènement qui a la capacité de causer une erreur ou un dommage (situation à risques).
	B	Erreur intervenue sans atteindre quiconque (échappée belle).
Accident mineur	**C**	Erreur qui atteint la personne, mais ne lui cause pas de conséquence, n'exigeant pas de surveillance ou d'intervention additionnelle.
	D	Personne atteinte, conséquences craintes ou anticipées exigeant une surveillance pour confirmer qu'il n'y a pas de conséquences/interventions requises pour prévenir les conséquences
	E1	Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins/traitements non-spécialisés, sans hospitalisation/ prolongation d'hospitalisation.
	E2	Accident résultant en des conséquences temporaires et nécessitant des soins/traitements spécialisés sans hospitalisation/prolongation hospitalisation.
Accident majeur	**F**	Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins/traitements supplémentaires spécialisés avec hospitalisation ou prolongation hospitalisation.
	G	Accident ayant contribué ou résultant en des conséquences permanentes pour la personne.
	H	Accident nécessitant une intervention pour maintenir en vie.
	I	Accident ayant contribué ou résultant en la mort de la personne.

Annexe III - Liste des acronymes

AAOR : Accueil, analyse, orientation et référence
ACMQ : Association des conseils multidisciplinaires du Québec
AGA : Assemblée générale annuelle
AEO : Accueil, évaluation, orientation
AEOL : Accueil, évaluation, orientation et liaison
AMPRO^{OB} : Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
APSS : Accès priorisé aux services spécialisés
AVC : Accident vasculaire cérébral
BGNPC : Bacilles à gram négatif producteurs de carbapénémases
BNY : Bécancour–Nicolet-Yamaska
BTAQ : Banque de techniciens ambulanciers du Québec
CA : Conseil d'administration
CCDG : Comité consultatif à la direction générale
CCÉM : Conférence canadienne sur l'éducation médicale
CCS MCQ : Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CECII-CIIA : Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers-Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
CÉCM : Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CEF-TC : Centre d'expertise et de formation en troubles du comportement
CEPI : Candidat à l'exercice de la profession d'infirmière
CÉR : Comité d'éthique de la recherche
CGR : Comité de gestion des risques
CH : Centre hospitalier
CHAUR : Centre hospitalier affilié universitaire régional
CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée
CHU : Centre hospitalier universitaire
CII : Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA : Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC : Centre local de santé communautaire
CM : Conseil multidisciplinaire
CMAD : Clinique médicale ambulatoire de Drummondville
CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMFC : Collège des médecins de famille du Canada
CNESM : Centre national d'excellence en santé mentale
COPIN : Comité de planification des interventions
CPQS : Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CPSC : Centre de pédiatrie sociale en communauté
CPV : Clarification de projet de vie
CQA : Conseil Québécois d'agrément
CQTS : Conseil québécois sur le tabac et la santé
CR : Comité de résidents
CRDS : Centre de répartition des demandes de services
CRSP : Conseil régional sur les services pharmaceutiques
CSF : Conseil des sages-femmes
CSHSM : Centre de service du Haut-Saint-Maurice
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
CU : Comité des usagers
CUC : Comité des usagers continué
CUCI : Comité des usagers du centre intégré
CUSI : Clinique universitaire en sciences infirmières
CVQ : Comité de vigilance et de la qualité
DEA : Défibrillateurs externes automatisés
DEURI : Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation
DGAPSR : Direction générale adjointe programmes sociaux et de réadaptation
DI : Déficience intellectuelle
DM : Déficience motrice
DME : Dossier médical électronique
DMS : Durée moyenne de séjour
DP : Déficience physique
DPJ : Direction de la protection de la jeunesse
DPJF : Direction du programme jeunesse-famille
DPSMAD : Direction du programme santé mentale adulte et dépendance
DQEPE : Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DRF : Direction des ressources financières
DRMG : Département régional de médecine générale
DRHCAJ : Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DSM : Direction des services multidisciplinaires
DSPPC : Direction des services professionnels et de la pertinence clinique
DSPRP : Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
DST : Direction des services techniques
EFJ : Enfance-jeunesse-famille
EGI : Entente de gestion et d'imputabilité
ENAP : École nationale d'administration publique
ERV : Entérocoque résistant à la vancomycine
ETC : Équivalent temps complet
FCASS : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
FIV : Fécondation In Vitro
GAMF : Guichet d'accès à un médecin de famille
GASMA : Guichets d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte
GESTRED : Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
GMF : Groupe de médecine familiale

GMF-R : Groupe de médecine familiale – Réseau
GMF-U : Groupe de médecine familiale – Universitaire
GPMO : Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
HCM : Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
HDA : Hôtel-Dieu d'Arthabaska
HSC : Hôpital Sainte-Croix
HSM : Haut Saint-Maurice
IAMEST : Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST
ICP : Intervention coronarienne percutanée
ICPP : Intervention coronarienne percutanée primaire
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INFASS : Institut national de formation d'action sanitaire et sociale
IPO : Infirmière pivot en oncologie
IPS : Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL : Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRSC : Instituts de recherche de santé du Canada
ISMP : Institute for Safe Medication Practices
ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IU : Institut universitaire
LGCE : Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs
LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA : Lois sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS : Loi sur les services de santé et services sociaux
MCQ : Mauricie et Centre-du-Québec
MIC : Mon intranet CIUSSS
MRC : Municipalité régionale de comté
MSRP : Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA : Niveau de soins alternatifs
OEMC : Outil d'évaluation multiclientèle
OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPTMQ : Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec
OPUS-AP : Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques
ORIIMCQ : Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Mauricie et du Centre-du-Québec
OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec
PAB : Préposé aux bénéficiaires
PACE : Programme d'action communautaire pour les enfants
PAMFE : Programme d'aides matérielles aux fonctions d'élimination
PAPFC2 : Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire nouvelle génération
PASM : Plan d'action en santé mentale
PCI : Prévention et contrôle des infections
PCM : Premier contact médical
PDC : Plan de développement des compétences
PDG : Président-directeur général
PDGA : Président-directeur général adjoint
PIN : Programme d'intervention en néglicence
PMA : Procéation médicale assistée
PMO : Plan de main-d'œuvre
PQDCS : Programme québécois dépistage du cancer du sein
PrAG : Programme d'antibiogouvernance
PREM : Plan régional d'effectifs médicaux
PSOC : Programme de soutien aux organismes communautaires
PTAAC : Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité
RAMD : Réseau d'accessibilité médicale Drummond
RCR : Réanimation cardiorespiratoire
RH : Ressources humaines
RI : Ressource intermédiaire
RLS : Réseau local de services
RNETSA : Réseau national d'expertise en trouble du spectre de l'autisme
RNI : Ressource non institutionnelle
RP : Responsabilité populationnelle
RPCU : Regroupement provincial des comités des usagers
RPP : Règle de pratique professionnelle
RSI : Règle de soins infirmiers
RSSF : Responsable des services sages-femmes
RTF : Ressource de type familial
RTS : Rétention et traitement des signalements
RUIS : Réseau universitaire intégré de santé
SAD : Soutien à domicile
SAPA : Soutien à l'autonomie de la personne âgée
SARM : Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SARROS : Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et des spécialistes
SBAR : Situation, Background, Assessment, Recommandation
SDA : Supervision des droits d'accès
SIM : Suivi intensif dans le milieu
SIV : Souvient d'intensité variable
SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SOFEDUC : Société de formation et d'éducation continue
SPFV : Soins palliatifs et de fin de vie
SQETGC : Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement
TAME : Table sectorielle des associations des membres de l'entourage
TC : Trouble de comportement
TEP : Tomographies par émission de positrons
TGC : Trouble grave du comportement
TMT : Table médicale territoriale
TROC : Table régionale des organismes communautaires
TSA : Trouble du spectre de l'autisme

UCDG : Unité de courte durée gériatrique
UETMI : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention
UMF : Unité de médecine familiale
UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières
URA : Usagères-ressources accompagnatrices
URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
URLS : Unité régionale du loisir et du sport
USI : Unité des soins intensifs
USIC : Unité de soins intensifs cardiaques
UTRF : Unités transitoires de récupération fonctionnelle
Y'APP : Y'a personne de parfait (programme)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Siège social
858, terrasse Turcotte
Trois-Rivières (Qc) G9A 5C5

www.ciusssmcq.ca

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Québec