

*Ensemble* soyons **UNIQUE**

# RAPPORT ANNUEL 16-17

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, 2017.

## **COORDINATION ET ADAPTATION DES TEXTES**

Christiane Lemaire, conseillère en communication, 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

Dépôt légal – 2017

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN version PDF : **978-2-550-78756-3**

ISBN version imprimée : **978-2-550-79308-3**

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](http://WWW.CIUSSSMCQ.CA)**

**Le rapport annuel de gestion 2016-2017 du CIUSSS MCQ a été adopté par le conseil d'administration le 20 juin 2017.**

# TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES .....	1
MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL .....	4
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES.....	5
FAITS SAILLANTS DU CIUSSS MCQ EN 2016-2017 .....	6
<b>PRÉSENTATION DU CIUSSS MCQ.....</b>	<b>8</b>
MISSION, VISION, VALEURS.....	9
<i>Mission</i> .....	9
<i>Vision</i> .....	9
<i>Valeurs</i> .....	9
<i>Le Vrai Nord</i> .....	9
INSTALLATIONS.....	10
SERVICES OFFERTS.....	10
PLAN D'ORGANISATION .....	11
POPULATION ET DONNÉES DE SANTÉ – PORTRAIT DU TERRITOIRE DU CIUSSS MCQ .....	12
<i>Le territoire et la population de la région</i> .....	12
<i>Les caractéristiques socioéconomiques</i> .....	12
<i>Les habitudes de vie et les facteurs de risque</i> .....	13
<i>Les problèmes de santé physique</i> .....	14
<i>Les problèmes de santé mentale</i> .....	15
<i>L'espérance de vie et la mortalité</i> .....	15
DÉSIGNATION UNIVERSITAIRE AU CIUSSS MCQ.....	16
<i>Mission académique</i> .....	17
<i>Groupes de médecine familiale universitaire</i> .....	17
<i>Mission scientifique – Volet recherche</i> .....	18
<i>Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme</i> .....	18
<b>REDDITION DE COMPTES 2016-2017 .....</b>	<b>21</b>
PLAN OPÉRATIONNEL 2016-2017 .....	22
PRIORITÉ 1 – INTÉGRATION ET CONTINUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES .....	23
<i>Fluidité des épisodes de soins</i> .....	23
<i>Trajectoire de la femme enceinte</i> .....	24
<i>Les urgences et soins critiques : des améliorations!</i> .....	24
<i>Améliorer les trajectoires de services en intégration communautaire sous l'angle de la pertinence clinique et de l'harmonisation des pratiques en DI et en TSA</i> .....	25
<i>Optimiser l'organisation des services du programme DI-TSA-DP auprès des enfants 0-7 ans lors des six premiers mois afin d'intervenir plus précocement sur leur développement</i> .....	25
<i>Demandes de services en déficience physique, déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme : mise en place d'un guichet unique</i> .....	27
PRIORITÉ 2 – ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX DANS LA COMMUNAUTÉ.....	27
<i>Guichet d'accès à un médecin de famille</i> .....	27
<i>Taux de prise en charge</i> .....	27
<i>Nombre de groupes de médecine de famille (GMF)</i> .....	27
<i>Attribution des ressources professionnelles en GMF</i> .....	28
PRIORITÉ 3 – AMÉLIORER LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE.....	28
PRIORITÉ 4 – ACCÈS PRIORISÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS.....	29

<i>L'accessibilité à la chirurgie</i> .....	30
PRIORITÉ 5 – JEUNES EN DIFFICULTÉ .....	31
<i>La réadaptation jeunesse : des services en amélioration continue</i> .....	31
<i>Recrutement de familles d'accueil</i> .....	32
<i>Comités de jeunes</i> .....	32
<i>Transition vers les services aux adultes</i> .....	32
<i>Collaboration au projet Tandem</i> .....	33
<i>La direction de la protection de la jeunesse</i> .....	33
<i>Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)</i> .....	34
PRIORITÉ 6 – ASSURANCE SALAIRE.....	34
<i>Santé et sécurité au travail</i> .....	34
PROJETS SPÉCIAUX.....	35
<i>Service de biologie médicale Optilab</i> .....	35
<i>Dossier clinique informatisé (DCI)</i> .....	35
<i>Financement axé sur le patient</i> .....	36
ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ .....	37
<i>Démarche d'agrément</i> .....	37
<i>Information et consultation de la population</i> .....	37
<i>Mesures de contrôle des usagers</i> .....	38
<i>Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement</i> .....	40
<i>Sécurité des soins</i> .....	40
<i>Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS)</i> .....	42
<i>Médecin examinateur</i> .....	45
IMPLANTATION DE LA LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE.....	47
RESSOURCES HUMAINES .....	49
<i>Démarche Entreprise en santé</i> .....	49
<i>Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs</i> .....	49
<b>PRIX, RECONNAISSANCE ET RAYONNEMENT.....</b>	<b>51</b>
<i>Prix et reconnaissance</i> .....	52
<i>Bons coups</i> .....	55
<b>DONNÉES OPÉRATIONNELLES ET FINANCIÈRES.....</b>	<b>59</b>
TABLEAUX DE BORD ET BILAN DES ENTENTES DE GESTION.....	60
<i>Les attentes spécifiques 2016-2017</i> .....	60
<i>Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS</i> .....	69
RAPPORT DE LA DIRECTION .....	78
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT.....	79
RAPPORT FINANCIER 2016-2017 .....	81
<i>État du suivi des réserves</i> .....	81
<i>État des résultats</i> .....	84
<i>État des résultats – Fonds d'exploitation</i> .....	85
<i>État des surplus (déficits) cumulés</i> .....	86
<i>État de la situation financière</i> .....	87
<i>État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)</i> .....	88
<i>État des flux de trésorerie</i> .....	89
<i>Notes aux états financiers résumés</i> .....	90
<i>Charges brutes par programme-service – Activités principales</i> .....	96
<i>Donations</i> .....	97

CONTRATS DE SERVICES COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS CONCLUS ENTRE LE 1 <sup>ER</sup> AVRIL 2016 ET LE 31 MARS 2017	98
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	98
<i>La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires</i> .....	98
<b>INSTANCES ET COMITÉS .....</b>	<b>110</b>
CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	111
COMITÉ DE VIGILANCE ET QUALITÉ.....	113
COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE .....	115
COMITÉ DE VÉRIFICATION.....	116
COMITÉ SUR LES RESSOURCES HUMAINES .....	119
COMITÉ SUR LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE .....	120
COMITÉ CONSULTATIF À LA DIRECTION GÉNÉRALE .....	122
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES .....	124
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS .....	126
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE.....	128
CONSEIL DES SAGES-FEMMES.....	130
DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG).....	132
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP).....	133
COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES (CRSP).....	135
COMITÉ DES USAGERS.....	136
COMITÉ PHILANTHROPIQUE .....	138
COMITÉ RÉGIONAL POUR LE PROGRAMME D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE .....	141
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE MULTICLIENÉTE.....	141
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE CONJOINT DI-TSA.....	143
<b>ANNEXES.....</b>	<b>145</b>
ANNEXE I - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....	146
<i>PRÉAMBULE</i> .....	146
<i>SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES</i> .....	146
<i>SECTION 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE</i> .....	149
<i>SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS</i> .....	151
<i>SECTION 4 – APPLICATION</i> .....	152
ANNEXE II – PORTRAIT DES SERVICES À LA POPULATION .....	156
<i>Jeunesse-famille</i> .....	156
<i>Santé publique</i> .....	156
<i>Santé mentale adulte et dépendance</i> .....	156
<i>Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique</i> .....	156
<i>Soutien à l'autonomie de la personne âgée</i> .....	157
<i>Soins infirmiers</i> .....	158
<i>Services multidisciplinaires</i> .....	158
<i>Services professionnels (médicaux)</i> .....	158
ANNEXE III – ÉCHELLE DE CLASSIFICATION DES ÉVÉNEMENTS .....	160
ANNEXE IV - LISTE DES ACRONYMES .....	161

## MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL



M. Richard Desrochers  
Président du CA



M. Martin Beaumont  
P-D.G.

En 2016-2017, tous les acteurs ont poursuivi leurs efforts de transformation de l'organisation dans un leadership collectif. Ces efforts ont particulièrement porté sur nos six grandes priorités soit : l'intégration et la continuité des soins et services, l'organisation des services médicaux dans la communauté, le soutien à domicile, l'accessibilité aux services spécialisés, les jeunes en difficulté et l'assurance salaire. Trois projets spéciaux ont aussi été inclus, soit : Le service de biologie médicale Optilab, le Dossier clinique informatisé (DCI) et le financement axé sur le patient.

De ces priorités, pas moins de 192 projets ont été amorcés au cours de la dernière année pour faire progresser la performance de l'organisation et, ultimement, l'expérience de soins et de services de nos usagers. C'est immense et colossal de constater le travail accompli par tous! Pour ne nommer que quelques exemples, ces projets ont notamment mené :

- à l'amélioration de l'accès aux chirurgies et l'implantation de l'accès priorisé aux services spécialisés;
- à la création de la nouvelle trajectoire en déficience intellectuelle (DI)-Trouble du spectre de l'autisme (TSA)-Déficience physique (DP) 0-7 ans;
- à l'optimisation des services de soutien à domicile;
- à l'amélioration de la prise en charge par les médecins de famille, de leur taux d'assiduité et au transfert des ressources en Groupe de médecine de famille (GMF);
- à l'amélioration de la performance globale des urgences;
- aux travaux favorisant l'implantation d'une culture d'amélioration continue;
- au déploiement du plan logistique.

Dans les faits, 85 % des projets issus du plan opérationnel ont débuté dans la dernière année. Parmi ceux-ci, certains ont été menés à terme, alors que les autres se poursuivront en 2017-2018. Vous constaterez, d'ailleurs, que ce rapport annuel de gestion est présenté en fonction des six grandes priorités. Vous y trouverez un portrait des résultats de ces projets ayant eu un impact sur la population au cours de la dernière année. 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.

### Quatre priorités à suivre pour 2017-2018

De tels résultats ne peuvent se réaliser sans la contribution des employés. C'est pourquoi l'une des priorités de l'année 2017-2018, consiste à se préoccuper avant tout de leur santé et de leur sécurité. Voici donc les priorités adoptées par le conseil d'administration pour l'année en cours :

1. Un capital humain en santé et en sécurité afin d'assurer sa disponibilité;
2. L'accès aux soins et services professionnels de première ligne;
3. L'intégration et la continuité des soins et services;
4. Une offre de soins et services de qualité afin de relever le défi de la perte d'autonomie.

Le Plan annuel 2017-2018, qui vise à définir les projets qui s'inscriront à l'intérieur de ces quatre priorités, a été adopté le 9 mai 2017 par le conseil d'administration du CIUSSS MCQ.

En définitive, nous sommes fiers de l'avancement réalisé en 2016-2017 et nous souhaitons qu'en 2017-2018 nos efforts se poursuivent, et ce, 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 approprié de souligner l'importante collaboration de tous les gestionnaires, du personnel, 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 généreuse contribution à l'étude des divers dossiers et à leurs prises de décisions judicieuses de même que leur volonté de créer de la valeur et de toujours propulser l'établissement vers le haut. Évidemment, il est essentiel de reconnaître l'engagement de nos ressources humaines, leur grand professionnalisme et leur excellent travail de même que la participation des organismes communautaires, des usagers partenaires et autres partenaires de notre région. Ensemble, soyons UNIQUE.

Bonne lecture!



M. Richard Desrochers  
Président du conseil d'administration



M. Martin Beaumont  
Président-directeur général

## DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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 2016-2017 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 2017.



Martin Beaumont  
Président-directeur général

## FAITS SAILLANTS DU CIUSSS MCQ EN 2016-2017

### Annnonce du projet d'agrandissement de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska

À la fin octobre 2016, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, est venu annoncer l'inscription du projet d'agrandissement et de réaménagement de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska au Plan québécois des infrastructures (PQI). Il s'agit d'un projet évalué à 51,6 millions de dollars dont 9,4 millions en provenance de la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska.



De gauche à droite, M<sup>me</sup> Karine Vallières, députée de Richmond, M. Claude Charland, président de la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, M. Alain Bellavance, maire de Victoriaville et M. Martin Beaumont, président-directeur général du CIUSSS MCQ.



De gauche à droite: M. André Sauvé, directeur adjoint Hébergement et services spécialisés en santé mentale au CIUSSS MCQ, M<sup>mes</sup> Cindy Gouin, Chantal Letendre et Julie Dubé, propriétaires de la ressource intermédiaire, Dr Luc Gilbert, chef du département de psychiatrie de Drummond, M. Steve Sawyer, infirmier clinicien au CIUSSS MCQ et M. Michel Germain, chef de service de l'unité de traitement et réadaptation au CIUSSS MCQ.

### Inauguration de la toute première ressource de traitement et de réadaptation intensive à Drummondville

C'est avec beaucoup de fierté que le CIUSSS MCQ et la ressource intermédiaire (RI) St-Charles ont souligné l'ouverture, le 9 janvier 2017, à Drummondville, d'une ressource unique qui vise le traitement et la réadaptation intensive des usagers ayant un trouble de santé mentale. D'une capacité maximale de huit personnes, les usagers hébergés bénéficient de services mieux adaptés à leur condition et près de leur famille, et ce, pour une durée de séjour variant de 3 à 9 mois.

### Un nouveau service d'hémodynamie à Trois-Rivières

Depuis le 7 mars 2017, un nouveau service d'hémodynamie est offert au CHAUR pour répondre aux besoins croissants de la population. Ce nouveau laboratoire permet aux professionnels de la santé de réaliser notamment la coronarographie diagnostique et l'angioplastie coronarienne. L'implantation de ce service permettra à environ 1 500 personnes de bénéficier annuellement d'interventions spécialisées en cardiologie et la proximité de ce service évitera le déplacement de la clientèle sur plus de 100 kilomètres. Parmi les bénéfices, il y a l'amélioration des délais de prise en charge, la maximisation des effets thérapeutiques et la diminution de la durée de l'hospitalisation. Le projet est né d'une entente de collaboration entre le CIUSSS MCQ et l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) et représente un investissement total de 7,6 M\$, auquel la Fondation régionale pour la santé de Trois-Rivières (RSTR) a généreusement contribué à la hauteur de 1 M\$.



### Nouveau code d'éthique du CIUSSS MCQ

Le 21 juin 2016, le conseil d'administration adoptait le nouveau code d'éthique unifié du CIUSSS MCQ. Outil de référence incontournable, ce code d'éthique présente notamment les conduites que tous les intervenants de l'établissement sont tenus de respecter dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions. Il veille également au respect de l'intégrité des usagers en énonçant leurs droits et les sensibilise quant à leurs responsabilités face à leur santé et mieux-être, et leurs relations avec les intervenants et les autres usagers.





De gauche à droite, M. Hugo Rivard, directeur général de l'AFESAQ, M<sup>me</sup> Jacynthe Vallée, directrice générale de la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et co-présidente du comité philanthropique, M. Pierre Labonté, président de la Fondation CLSC-CHSLD de l'Érable et co-président du comité philanthropique et M. Martin Beaumont, président-directeur général du CIUSSS MCQ.

### **Une visite spéciale au comité philanthropique du 15 février dernier!**

Le 15 février 2017, à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, le comité philanthropique du CIUSSS MCQ a accueilli M. Hugo Rivard, directeur général de l'Association des fondations d'établissements de santé du Québec (AFÉSAQ). Monsieur Rivard souhaitait assister une rencontre en tant que membre observateur. Il a apprécié, entre autres, la présentation sur les assurances des fondations et les échanges entre les membres. Signalons que les 18 fondations du CIUSSS MCQ ont recueilli ensemble un montant de 10 925 566 \$ pour 2016-2017.

### **Réorganisation des services : un grand déménagement!**

Dans la foulée de la création du CIUSSS MCQ, un important chantier de déménagement visant la réorganisation physique et des ressources humaines des différentes directions s'est actualisé. Dans un objectif de soutenir la transition tout en assurant une continuité dans les activités et les services, des équipes de projet constituées de partenariats entre les services cliniques et administratifs ont contribué à **une réalisation parfaitement orchestrée de plus de 1 350 déménagements pour la période de décembre 2015 à aujourd'hui**. Le succès de cette démarche s'est aussi appuyé sur des principes structurants comme une utilisation optimale de nos infrastructures et une préservation de l'intégrité des espaces dédiés aux services cliniques.

### **Lancement du nouveau site Web du CIUSSS MCQ le 14 décembre 2016.**



Une [section sur la performance des services](#) a également été créée sur le nouveau site Web.

---

# **PRÉSENTATION DU CIUSSS MCQ**



## MISSION, VISION, VALEURS

Le CIUSSS MCQ, créé au 1<sup>er</sup> avril 2015, est issu du regroupement de 12 établissements publics de santé et de services sociaux, de l'Agence de la santé et des services sociaux et de 2 établissements privés conventionnés de la région sociosanitaire 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.

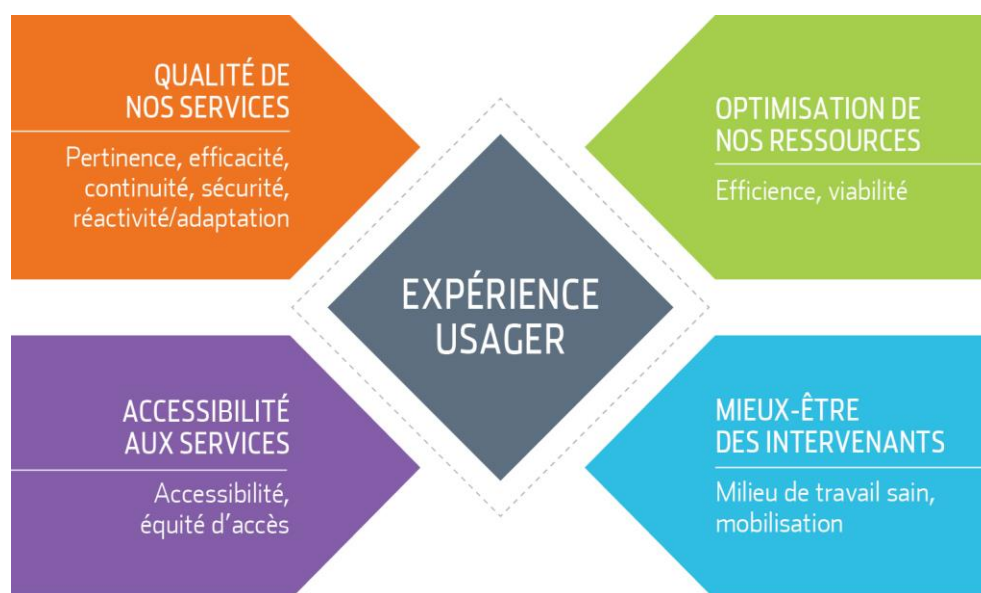
### Vision

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



## INSTALLATIONS

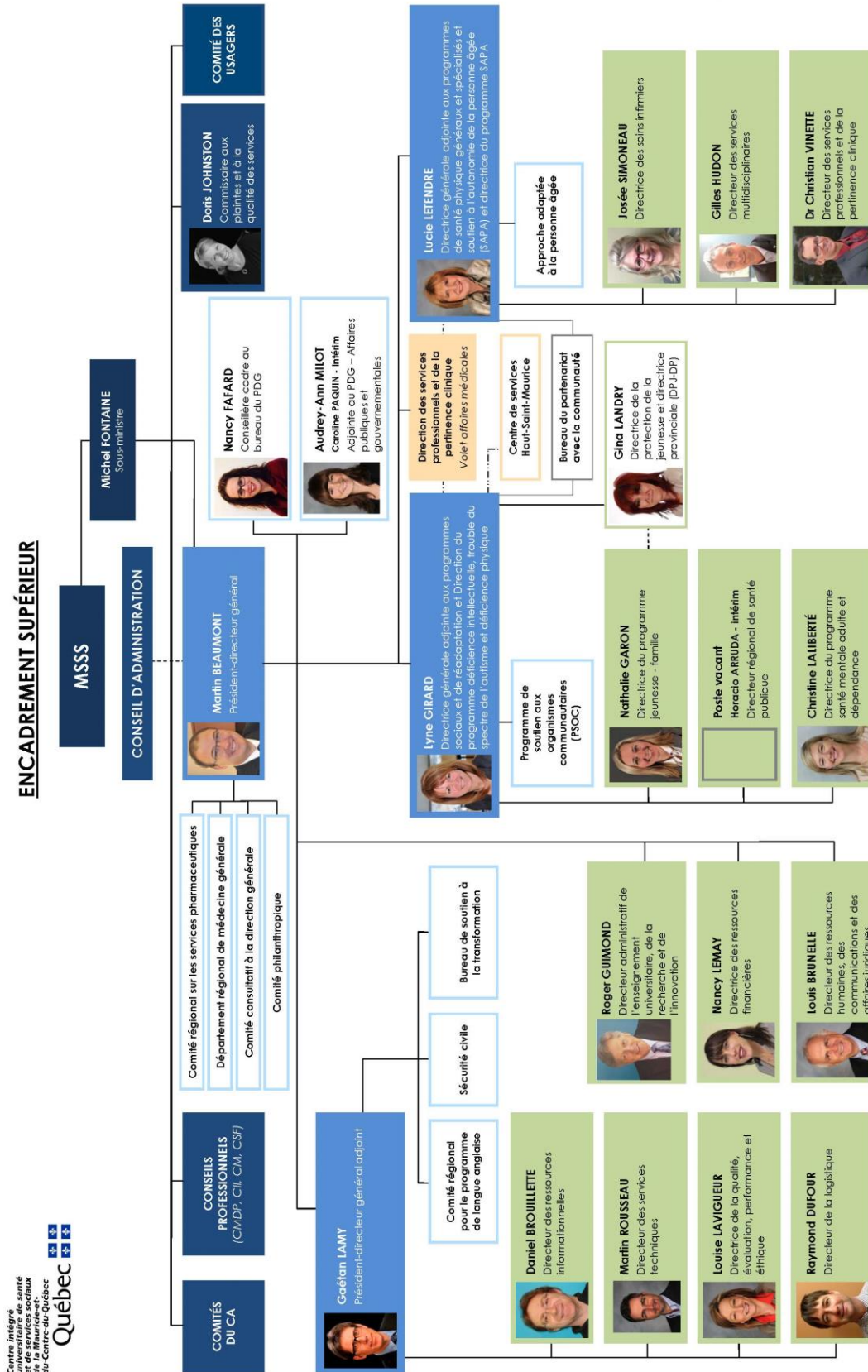
Le CIUSSS MCQ compte 147 installations de type CH, CLSC, CHSLD, services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur famille, services de réadaptation physique, services de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme ainsi que services de réadaptation en dépendance, réparties sur l'ensemble de son territoire. Vous pouvez y accéder à l'adresse suivante : [www.ciuussmcq.ca](http://www.ciuussmcq.ca)

## SERVICES OFFERTS

Jeunesse-famille	Santé publique	Santé mentale adulte et dépendance	Déficience intellectuelle (DI), trouble du spectre de l'autisme (TSA) et déficience physique (DP)
Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA)	Soins infirmiers	Services multidisciplinaires	Services professionnels (médicaux)

Vous pouvez consulter la liste détaillée des services offerts à l'Annexe II du présent document.

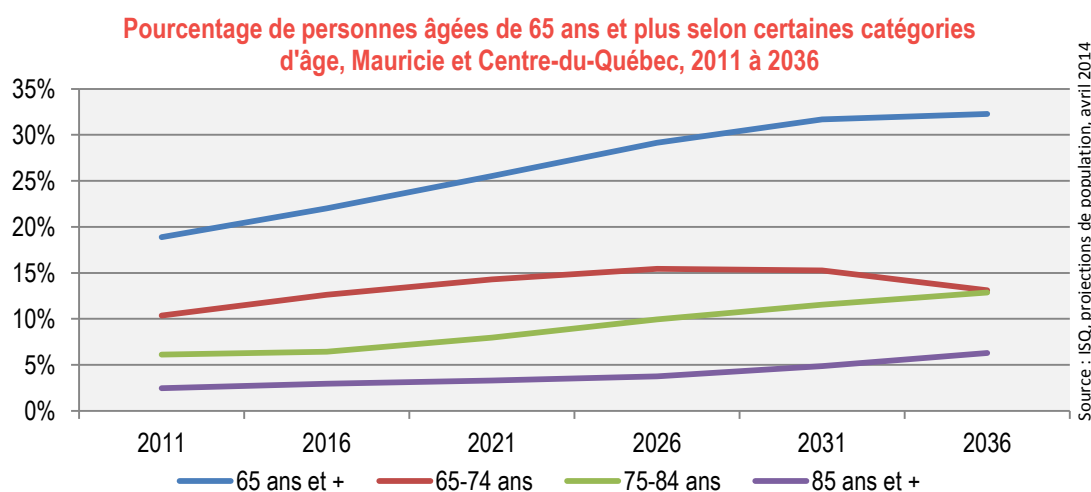
# PLAN D'ORGANISATION



# POPULATION ET DONNÉES DE SANTÉ – PORTRAIT DU TERRITOIRE DU CIUSSS MCQ

## Le territoire et la population de la région

- Vaste territoire de près de 43 000 km<sup>2</sup>.
- La cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec.
- Au Centre-du-Québec, on compte 79 municipalités et 2 réserves indiennes et en Mauricie, on dénombre 42 municipalités et 7 autres territoires (2 réserves indiennes et 5 territoires non organisés et non-habités).
- La population estimée pour l'année 2016 est de 512 274 personnes :
  - Sur ce nombre, 17 % ont moins de 18 ans, 61 % ont entre 18 et 64 ans et 22 % sont âgées de 65 ans et plus. Ce dernier pourcentage est supérieur à celui du Québec (18 %).
  - Une population de personnes âgées appelée à augmenter de 55 % d'ici 2036 pour passer de 112 805 à 175 258 individus. Les personnes âgées représenteront alors 32 % de la population régionale (26 % pour le Québec).



- La population ayant une identité autochtone représente près de 2 % de la population de la région (environ 8 750 individus). Près de la moitié habite le RLS du Haut Saint-Maurice pour représenter environ 28 % de l'ensemble de la population de ce territoire.
- Environ 1 % de la population utilise l'anglais comme langue maternelle. Plus de la moitié de cette population réside dans les territoires des RLS de Drummond et de Trois-Rivières.
- La population ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais représente 2 % de la population. Après les langues autochtones, l'espagnol est la langue non officielle la plus répandue.

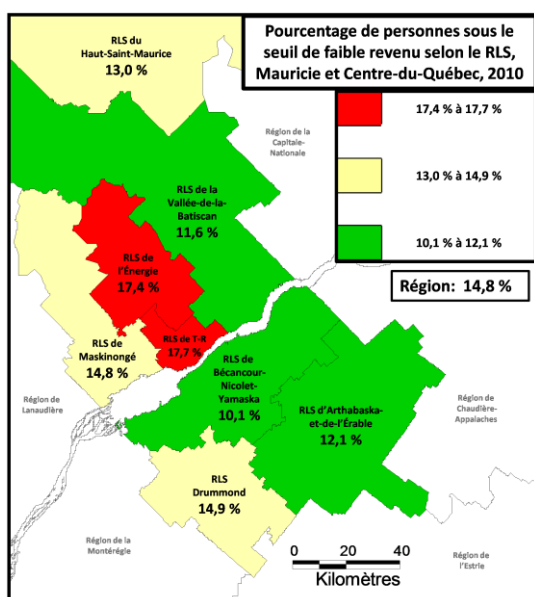
## Les caractéristiques socioéconomiques<sup>1</sup>

- On constate une amélioration marquée du niveau de scolarité entre 1996 et 2011. La proportion de personnes ayant un diplôme d'études secondaires chez les 25-64 ans est passée de 68 % à 82 % au cours de cette

<sup>1</sup> Les informations de cette section proviennent de l'Enquête nationale sur les ménages (ENM 2011). Données à interpréter avec prudence.

période, mais demeure inférieure à celle du Québec (85 %). La proportion de la population de 25 à 64 ans détenant un diplôme universitaire est passée de 10 % à 14 % au cours de la même période et demeure inférieure à celle du Québec (23 %). Ainsi, la population de la région est moins scolarisée que celle du Québec.

- La proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu avant impôt est inférieure à celle du Québec (14,8 % contre 16,4 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent avec ce niveau de revenu (16,3 % contre 13,3 %).
- Parmi les familles avec enfants de 18 ans et moins, la proportion de familles monoparentales s'élève à 26,6 %.
- Le taux d'emploi demeure moins élevé que celui de l'ensemble du Québec (56 % contre 60 %).



## Les habitudes de vie et les facteurs de risque

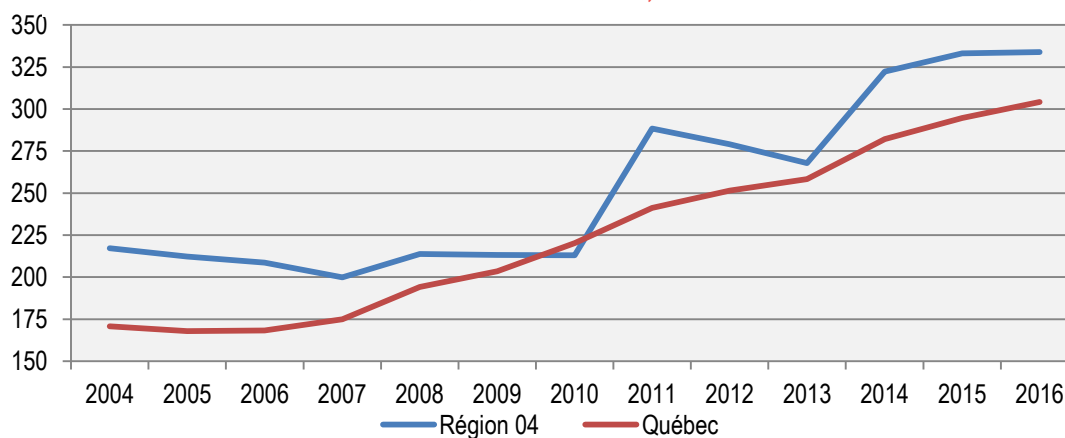
- On constate une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (20 % des 18 ans et plus contre 7 % en 1987). La proportion de personnes obèses est similaire entre les hommes et les femmes. Par contre, les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'embonpoint (41 % contre 28 %).
- Deux hommes sur trois (66 %) et une femme sur deux (49 %) ne mangeaient pas le minimum recommandé de cinq portions de fruits et légumes par jour.
- Environ 23 % de la population de 15 ans et plus de la région consomme des boissons sucrées à tous les jours. Cette proportion est significativement plus élevée que celle du Québec (19 %).
- Au chapitre de l'activité physique de loisir, on observait que 37 % des adultes de 18 ans et plus étaient suffisamment actifs, 38 % étaient moyennement ou peu actifs, et 25 % étaient sédentaires.
- Du côté de la consommation d'alcool, environ le quart de la population âgée de 18 ans et plus consomme 5 verres ou plus à une même occasion au moins une fois par mois. Cette proportion est semblable à celle du Québec.
- On évalue à 14 % la proportion des 15 ans et plus de la région ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois. Le cannabis est la drogue qui est la plus consommée (13 % de la population) et ce pourcentage est en hausse depuis 2008 (11 %).
- On observe en 2014-2015 une proportion de 19 % de fumeurs actuels chez les personnes de 15 ans et plus de la région, ce qui se compare à la moyenne québécoise. Cette proportion a diminué depuis 2008 (24 %).

- Dans le domaine de la sécurité à vélo, on observe que 29 % des cyclistes de la région porte le casque. Cette proportion est nettement moindre que celle des cyclistes du Québec (43 %).

## Les problèmes de santé physique

- Une population de 15 ans et plus qui se perçoit à 56 % en excellente ou en très bonne santé.
- La région compte 41 325 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 10 % de la population de ce groupe d'âge. En tenant compte de l'âge, la prévalence est inférieure à celle du Québec.
- Un pourcentage de 26 % de la population de 20 ans et plus présente une hypertension artérielle diagnostiquée. La prévalence ajustée pour l'âge est inférieure à celle du Québec.
- Avec un taux d'hospitalisation de 147 pour 10 000 personnes, les maladies de l'appareil circulatoire représentent la première cause d'hospitalisation pour la période allant de 2013 à 2015. Elles sont suivies des maladies de l'appareil respiratoire (111 pour 10 000), des maladies de l'appareil digestif (88 pour 10 000), des traumatismes et empoisonnements (85 pour 10 000) et des tumeurs (77 pour 10 000). Toutes ces causes, à l'exception des tumeurs, ont un taux d'hospitalisation significativement plus élevé que celui du Québec.
- Les principales causes d'hospitalisation diffèrent peu selon le sexe. Une exception notable s'observe pour les maladies cardiovasculaires où les hommes ont un taux ajusté d'hospitalisation de 153 pour 10 000 contre 89 pour 10 000 chez les femmes.
- Parmi les autres problèmes, les maux de dos constituent le premier problème de santé chronique (16 %) rapporté. Les autres problèmes de santé chroniques les plus répandus sont l'arthrite (11 %) ainsi que les problèmes reliés à l'asthme (9 %).
- Dans la région, 9 % de la population âgée de 12 ans et plus a besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne. Cette proportion atteint presque le quart (24 %) chez les personnes âgées de 65 ans et plus.
- Le bilan 2016 des maladies à déclaration obligatoire (MADO) se démarque par une augmentation de 14 % relativement à la moyenne des 5 dernières années. Tout comme dans l'ensemble du Québec, cette augmentation est en grande partie expliquée par l'augmentation des cas d'ITSS (notamment d'infections à *Chlamydia trachomatis*, d'infections gonococciques et de syphilis infectieuse) et de maladies entériques (notamment d'infections à *Campylobacter*, de giardiasis, d'amibiases, de gastro-entérites à *Yersinia enterocolitica*). Une activité accrue de la coqueluche à la suite de l'éclosion de 2015 participe aussi à cette hausse des MADO. Parallèlement, la région continue à présenter, comme pour l'ensemble du Québec, une amélioration sensible du nombre de ses infections nosocomiales.

Taux d'incidence (par 100 000 personnes-années) de la chlamydie génitale, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 2004 à 2016



Source : Fichier MADO, 2004 à 2016

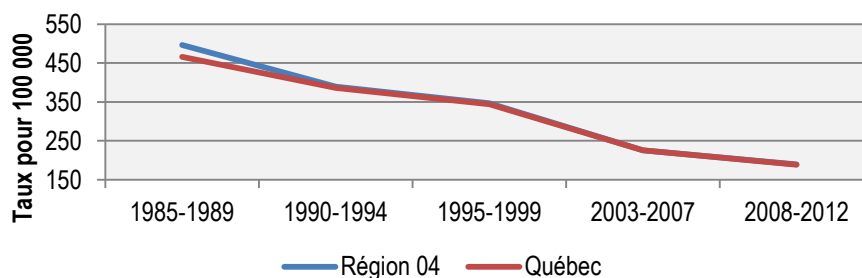
## Les problèmes de santé mentale

- Environ 72 % des personnes de 12 ans et plus déclarent avoir une excellente ou une très bonne santé mentale. Cette valeur est comparable à celle du Québec.
- Près de 95 % des gens de la région sont satisfaits de leur vie sociale. Cette proportion est similaire à celle du Québec.
- Le quart des personnes de 15 ans et plus de la région éprouvent un stress quotidien élevé. Cette donnée est similaire à celle du Québec.
- Environ 26 % de la population de la région se retrouve avec un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique alors que cette proportion est de 28 % pour le Québec. Davantage de femmes que d'hommes ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (30 % contre 21 %).
- Une proportion de 6 % des personnes de 12 ans et plus présente des troubles d'anxiété diagnostiqués et 5 % des troubles de l'humeur. Ces problèmes coexistent souvent chez la même personne.
- Dans la région, la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, sans toutefois avoir fait une tentative de suicide, se situe à 2,5 %.

## L'espérance de vie et la mortalité

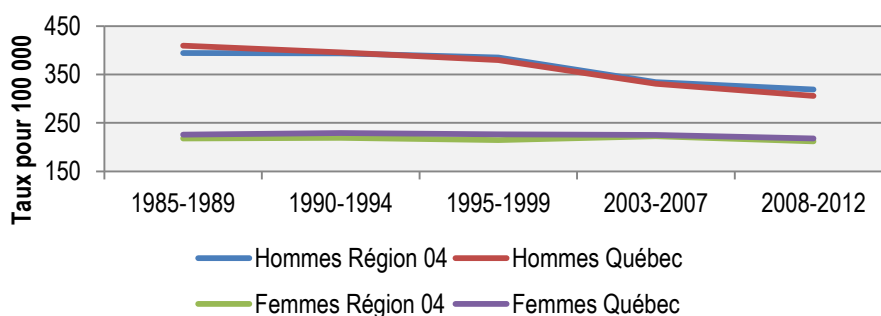
- L'espérance de vie a augmenté de 7,7 ans chez les hommes et de 3,7 ans chez les femmes entre les périodes 1981-1983 et 2010-2012, pour atteindre respectivement les valeurs de 79,0 ans et de 83,5 ans. Les hommes de la région conservent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.
- L'espérance de vie dans la région est soumise comme ailleurs au Québec à la défavorisation sociale et matérielle. En effet, les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celle des hommes des communautés les plus favorisées. Au Québec, l'impact de la défavorisation sur l'espérance de vie est encore plus grand.
- On constate une diminution marquée (près de la moitié) du taux de mortalité infantile au cours des 25 dernières années. Celui-ci est passé de 7,8 décès pour 1 000 naissances à 4,7 décès pour 1 000 naissances de nos jours.
- Les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire demeurent, avec respectivement 33 % et 25 % des décès, les deux principales causes de mortalité pour la période couvrant les années 2008 à 2012. On observe ainsi :
  - Une décroissance, à l'instar du Québec, de la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire. Le taux ajusté de cette cause de décès est passé de 496 à 190 décès pour 100 000 personnes depuis la fin des années 1980.
  - Une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer chez les hommes de la région entre la fin des années 1980 et la période 2008-2012. En effet, ce taux est passé de 394,2 décès pour 100 000 personnes à 318,7. Chez les femmes, ce taux demeure relativement stable pendant cette même période de temps.
  - Les cancers entraînant le plus de décès chez les hommes sont, en importance : le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer colorectal et du cancer du sein.

Taux ajustés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire par 100 000 personnes, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1985-1989 à 2008-2012



Source : MSSS, Fichier des décès, 1985 à 2012

Taux ajustés de mortalité par cancer par 100 000 personnes selon le sexe, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1985-1989 à 2008-2012



- Le taux de mortalité par suicide demeure supérieur à celui de l'ensemble du Québec. Par contre, à l'instar de la situation québécoise, le taux de mortalité de la région a subi une diminution au cours des dernières années (de 24 pour 100 000 durant la période 1995-1999 à 19 pour 100 000 pour la période 2008-2012). Dans la région comme dans l'ensemble du Québec, le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- Le taux de mortalité par traumatisme non intentionnel est plus important dans la région que dans l'ensemble du Québec (36 pour 100 000 contre 27 pour 100 000 pour 2008-2012). Ce taux élevé s'observe essentiellement chez les hommes, les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

## DÉSIGNATION UNIVERSITAIRE AU CIUSSS MCQ

Le MSSS a octroyé la désignation universitaire au CIUSSS MCQ, car l'organisation répond à deux critères :

- La présence d'un institut universitaire dans le domaine social, soit l'Institut universitaire (IU) 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 de l'Université de Montréal en Mauricie.

Ce campus délocalisé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal siégeant au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, additionné à la présence d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) et au

développement continu de la mission académique et scientifique a permis au centre hospitalier d'obtenir en 2011, la désignation à titre de Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières (CHAUR).

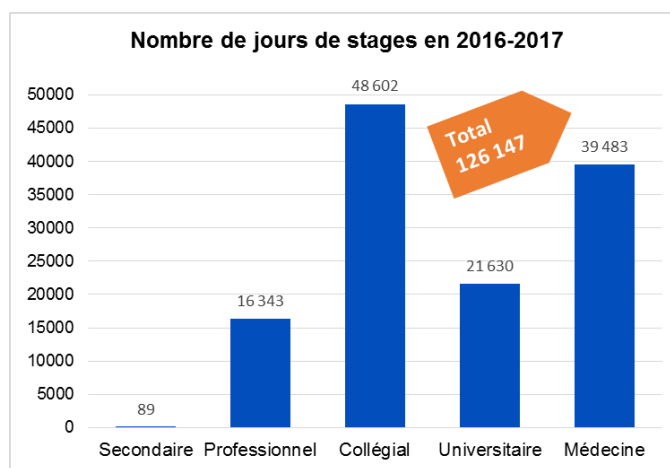
Afin d'assurer sa mission académique et scientifique, le CIUSSS MCQ détient des contrats d'affiliation avec trois universités (Université du Québec à Trois-Rivières, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke).

C'est avec une grande fierté que le CIUSSS MCQ participe au développement des pratiques novatrices et des talents de demain afin d'assurer des services de haute qualité à sa population.

## Mission académique

En 2016-2017, le CIUSSS MCQ a accueilli des milliers de stagiaires provenant de 63 programmes d'études, issus de 66 maisons d'enseignement :

- Un total de 86 885 jours de stages professionnels, techniques et universitaires, en plus des 39 022 jours de stages en médecine effectués dans les différentes installations du CIUSSS MCQ.
- Les stages s'effectuent habituellement en semaine, durant la période scolaire, ce total de 125 907 jours-stages, se traduit par l'équivalent de 484 stagiaires que l'établissement accueille chaque jour ouvrable de l'année.
- Les stages infirmiers représentent près de 40 % des stages professionnels, techniques et universitaires de l'organisation et les stages de médecine occupent, quant à eux, 64 % des stages universitaires.
- En 2016-2017, ces deux disciplines totalisent près de 72 000 jours-stages, soit 57 % du volume total de stages du CIUSSS MCQ.



## Groupes de médecine familiale universitaire

Les groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U) sont des groupes de médecins de famille, entourés de professionnels de la santé qui prodiguent des services médicaux à la clientèle inscrite à leur clinique, en plus d'être un lieu de formation pour les stagiaires de la santé, principalement en médecine, puisqu'ils offrent le programme de résidence en médecine de famille, une formation postdoctorale de deux ans.

Le CIUSSS MCQ compte sur son territoire trois GMF-U, situés à Drummondville, Shawinigan et Trois-Rivières. En 2016-2017, on comptait 50 résidents de médecine de famille au sein de ces trois cliniques qui ont pris en charge plus de 5 400 usagers.

Le MSSS a revu les cadres de gestion régissant les ressources matérielles, humaines et financières des GMF-U. Suite à la mise en place progressive de ces cadres (2016-2017 et 2017-2018), ce sont 3 professionnels de la santé qui ont intégré les GMF-U au cours de la présente année, et à terme, cela représentera 16 intervenants cliniques en plus de 5 ressources cléricales qui auront joint les équipes des GMF-U.

## Mission scientifique – Volet recherche

**Le CIUSSS MCQ a participé à 235 projets de recherche au cours de l'année 2016-2017 avec la contribution d'une centaine de chercheurs en provenance de l'établissement et de différents partenaires de recherche.** Ces projets sont actifs tant sur le plan médical, clinique que psychosocial. En 2016-2017, on compte 65 nouvelles études réparties principalement dans les domaines psychosocial, d'oncologie, de cardiologie et de première ligne.

Ces recherches permettent l'avancement des connaissances, l'amélioration des services, des traitements et des interventions, l'accès à de nouveaux programmes et outils ainsi que l'amélioration des conditions de vie de la population.

Considérant le nombre important d'études qui se déroulent au sein de l'établissement, le secteur de la recherche a finalisé au cours de l'année la mise en place d'un guichet unique de la recherche, permettant ainsi aux équipes de recherche d'être dirigées vers une seule porte pour obtenir de l'information ou déposer des documents pour l'évaluation ou le suivi des projets de recherche.

L'établissement a une structure de recherche dans le domaine social depuis 2008. En 2016-2017, l'organisation fait un pas de plus en donnant son aval pour démarrer une équipe de recherche dans le domaine médical, équipe qui est mis en œuvre depuis avril 2017. De plus, un premier colloque de recherche a eu lieu en novembre dernier afin de présenter les résultats de nombreuses collaborations entre des chercheurs de l'UQTR et du CIUSSS MCQ.

### **STEP : Supporter la transition et l'engagement dans la parentalité chez les adultes ayant vécu de mauvais traitements au cours de l'enfance**

Depuis déjà quelques années, les intervenants des équipes périnatalité du programme Jeunesse Famille participent activement au programme STEP. Le premier volet a permis de mieux comprendre les mécanismes qui supportent l'adaptation des victimes de maltraitance lors de la transition à la parentalité ainsi que les mécanismes en jeu dans la transmission intergénérationnelle du risque. Le deuxième volet permettra de développer et d'évaluer une intervention de groupe prénatale destinée aux adultes en attente d'un enfant ayant été victimes de maltraitance au cours de leur propre enfance. Pour ce dernier, les chercheurs Nicolas Berthelot et Roxanne Lemieux, psychologues et professeurs réguliers au Département des sciences infirmières de l'UQTR, ont obtenu une subvention de 940 832 \$ de l'Agence de santé publique du Canada. Ce projet a été présenté l'an dernier aux participants du 1<sup>er</sup> colloque de collaboration en recherche clinique CIUSSS MCQ - UQTR.

## Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme

L'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme (IU en DI et en TSA) est situé en Mauricie depuis 2008. Le thème central de la programmation actuelle de recherche est « Une société inclusive pour une participation citoyenne » avec trois axes de recherche :

- Axe 1 : Intervention précoce;
- Axe 2 : Compétences spécifiques, collaboration intersectorielle et identités professionnelles;
- Axe 3 : Contextes inclusifs et littératie.

Au fil des ans, l'IU en DI et en TSA a recruté des chercheurs provenant de différentes régions, permettant ainsi une belle représentativité provinciale. L'infrastructure de recherche, reconnue par le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC), regroupe 34 chercheurs réguliers. En 2016-2017, les membres réguliers de l'IU en DI et en TSA ont réalisé 85 publications et présenté 75 communications dans des congrès scientifiques.

Au cours de l'année, trois projets d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) ont été en cours de réalisation, en plus de la parution du guide méthodologique des étapes de production d'un rapport d'ETMI. L'IU en DI et en TSA a également été très actif sur le plan du transfert et de la valorisation des connaissances en offrant 62

activités rejoignant 1 672 participants en plus de 5 autres éditions, dont un programme en TSA, deux rapports de recherche en TSA, un rapport d'évaluation d'un projet pilote en DI et d'une charte pour des technologies inclusives.

Le bulletin bimensuel, *Le Recherché*, a publié 20 éditions qui font état des différents événements, actualités, réalisations, nouveautés de l'Institut. À l'heure actuelle, *Le Recherché* compte 2 000 abonnés, sans compter l'ensemble des employés du CIUSSS MCQ qui sont avisés de chaque parution. Enfin, en septembre 2016 avait lieu le lancement du site Web de l'infrastructure de recherche ([www.rechercheiuditsa.ca](http://www.rechercheiuditsa.ca)).

La recherche	
Nombre de chercheurs réguliers	31
Nombre de publications	85
Nombre de communication dans des congrès scientifiques	75
Les évaluations des technologies et des modes d'intervention (ETMI)	
Nombre de projets d'ETMI	3
Le transfert des connaissances	
Nombre d'activités de transfert de connaissances	62
Nombre de participants aux activités	1 672
Nombre d'éditions	6

De par sa désignation universitaire en DI et en TSA, le CIUSSS MCQ a été un acteur de premier plan dans le développement du plan d'action national en TSA. Cette forte contribution se poursuivra dans son actualisation au cours des 5 prochaines années, notamment pour les aspects scientifiques et de transfert des connaissances.

Notons également que le Réseau national d'expertise en trouble du spectre de l'autisme (RNETSA) et le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) sont rattachés au CIUSSS MCQ depuis respectivement 2008 et 2015.

Le RNETSA a pour mission le développement de l'expertise reliée au domaine des TSA. C'est un regroupement d'experts dédié à l'avancement et au partage des connaissances de ce domaine, issu du réseau de la santé, du réseau de l'éducation, des organismes communautaires et des familles elles-mêmes (usagers et leurs proches). **Au 31 mars 2017, on comptait 972 membres provenant des 16 régions du Québec et de quelques pays européens, une hausse de 25 % des membres au cours de la dernière année.**

Les principales activités du RNETSA au cours de la dernière année furent :

- la publication de 23 infolettres;
- l'organisation d'une journée annuelle qui a rejoint plus de 535 participants dans 15 régions;
- la mise à jour du répertoire des thèses et mémoires dans le domaine du TSA;
- la co-animation avec l'IU en DI et en TSA de la communauté de pratique provinciale en TSA;
- le lancement d'un appel de proposition pour une recherche sur la sexualité et les ados/jeunes adultes présentant un TSA;
- la production et/ou diffusion d'une quinzaine d'études de cas, d'articles de vulgarisation et de vidéos/webconférences.

Le SQETGC, quant à lui, a pour mission de développer et de diffuser l'expertise en trouble grave du comportement (TGC), à l'intention des CISSS et des CIUSSS du Québec. Le SQETGC a pour objectif d'aider les établissements à

réduire les TGC de leurs usagers afin de diminuer les impacts de ces comportements sur les usagers et leurs proches, mais également sur le personnel, les équipes soignantes et l'ensemble du réseau.

Au cours de la dernière année, ce sont plus de 2 300 heures de services-conseils qui ont été offertes à 19 CISSS ou CIUSSS, à l'Institut Pinel ainsi qu'à deux partenaires scolaires. Le besoin de consultation le plus fréquent concerne les troubles de comportement relatifs la sexualité.

### **Faits saillants du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC)**

- Organisation d'une édition spéciale du colloque annuel en TGC pour célébrer le 15e anniversaire :
  - 220 participants rejoints en plus d'offrir 6 formations à distance.
- Élaboration d'une formation sur le suivi des interventions en mode autoapprentissage;
- Production de la vidéo « Le succès est possible »;
- Maintien d'un engagement fort du SQETGC des membres de la Communauté de pratique provinciale en TGC, ayant permis entre autres :
  - l'élaboration du protocole d'identification des usagers ayant un TGC,
  - la révision du dispositif de collecte de données pour mesurer l'implantation du Guide de pratique en TGC,
  - l'élaboration et l'expérimentation d'un modèle permettant d'évaluer la performance clinique et organisationnelle des services en TGC.
- Édition de trois ouvrages de référence et d'outils cliniques et soutien à la production de trois vidéos.

---

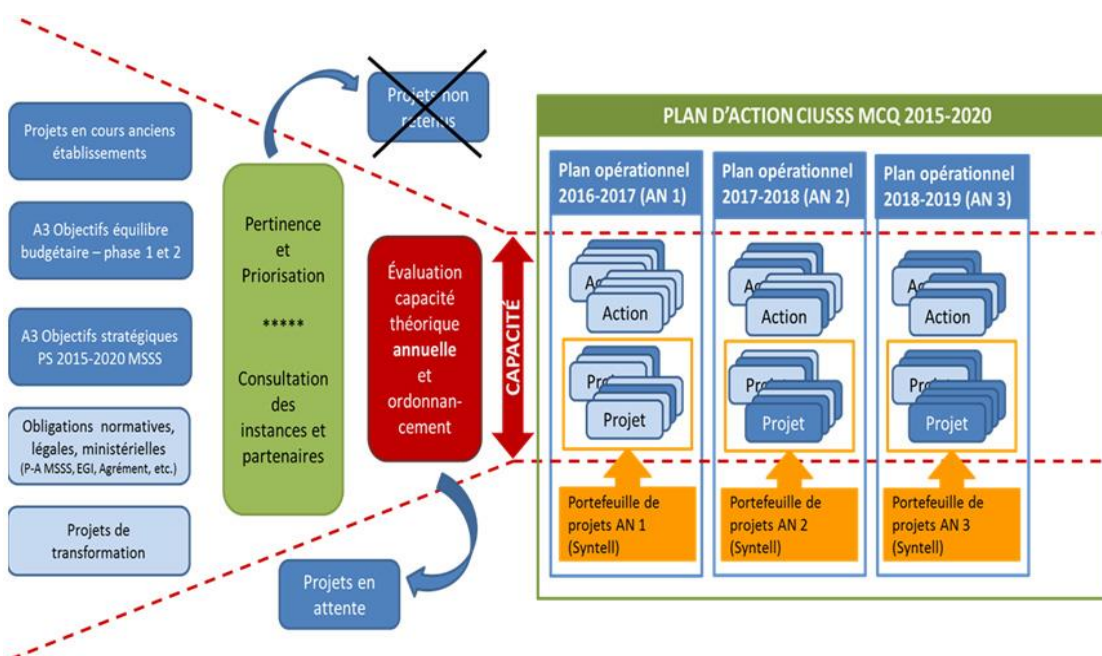
# REDDITION DE COMPTES 2016-2017



## PLAN OPÉRATIONNEL 2016-2017

La mise en place du plan opérationnel 2016-2017 du CIUSSS MCQ a été le fruit d'une démarche qui permettait à la fois de répondre à l'actualisation du plan stratégique ministériel 2015-2020 mais aussi d'intégrer l'ensemble des projets pouvant être retenus par l'organisation au cours de l'année. Ainsi, ce plan opérationnel est constitué de 225 projets qui seront portés par 17 directions, dont certains sont déjà en réalisation et d'autres ont débuté au cours de l'année 2016-2017. Il est à noter que plus du tiers des projets s'échelonnent sur une période de deux ou trois ans.

Un état d'avancement des six priorités retenues est produit dans les pages suivantes, de même que les trois projets spéciaux ciblés. Des résultats concrets ont été obtenus dans plusieurs secteurs grâce aux efforts des équipes en place.



- Priorité 1 : Intégration et continuité des soins et services
- Priorité 2 : Organisation des services médicaux dans la communauté
- Priorité 3 : Amélioration des services de soutien à domicile longue durée
- Priorité 4 : Accès priorisé aux services spécialisés
- Priorité 5 : Jeunes en difficulté
- Priorité 6 : Assurance salaire
- Projet spéciaux
  - Service de biologie médicale Optilab
  - Dossier clinique informatisé (DCI)
  - Financement axé sur le patient

# PRIORITÉ 1 – INTÉGRATION ET CONTINUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

## Fluidité des épisodes de soins

La congestion des urgences et des centres hospitaliers est un problème systémique et récurrent ayant un impact majeur sur l'expérience usager. En janvier 2016, très préoccupé par les problèmes de fluidité, le CIUSSS MCQ a mis en place différentes actions pour accroître l'accessibilité, la qualité et la continuité des services, pour le mieux-être de la population :

- Une structure de gouvernance qui dirige, contrôle et donne les orientations relatives à la fluidité.
- Un comité tactique responsable de la fluidité des épisodes de soins, mis en place depuis février 2016, et qui analyse les obstacles et définit des actions visant l'amélioration des processus. Le comité s'est attardé prioritairement à la situation vécue au CHAUR situé à Trois-Rivières. Quatre plans d'action ont émané de ces travaux dont voici quelques actions :
  - Admissions possibles en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) les fins de semaine et les jours fériés, épuration des processus d'admission.
  - Actions pour permettre un meilleur suivi de la clientèle : un maintien des effectifs à 50 % lors des jours fériés, des actions pour assurer la disponibilité des transporteurs, l'accès au prêt d'équipement, et l'accès aux équipes du soutien à domicile (SAD) en temps opportun.
  - Prochain territoire visé par les travaux du comité : Drummondville.
- Indicateurs puissants de la fluidité : au CIUSSS MCQ, l'ensemble des acteurs concernés ont été formés au suivi des indicateurs relatifs aux variables du « Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH) » et celles des usagers requérant un niveau de soins alternatifs en centre hospitalier (NSA). Le but de la formation visait à développer une vision commune quant à la saisie et au suivi de ces données. Les rôles et les responsabilités ont également été définis et des tableaux de bord ont été créés pour le suivi quotidien.
- Identification et suivi d'une cohorte d'usagers afin de dégager des pistes d'amélioration en amont, en intra et en aval des centres hospitaliers, en réponse à une demande ministérielle à l'automne 2016. De bonnes pratiques cliniques et administratives ont été dégagées et sont intégrées à nos plans d'action.
- Identification de goulots et mise en place de six projets d'optimisation dans certains secteurs visés. Trois d'entre eux visent, entre autres, la réduction des délais de prise en charge de la clientèle hospitalisée par les équipes psychosociales et de réadaptation.
- La direction SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées) contribue à améliorer la fluidité des épisodes de soins et, ainsi, contrer le phénomène des NSA, par des actions concrètes qui touchent notamment les processus en lien avec l'hébergement, les services gériatriques spécialisés de même que les services de soutien à domicile.
- Des travaux importants ont débuté pour l'organisation des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec afin d'assurer une meilleure fluidité des services et une dispensation harmonisée de l'offre de service spécialisée pour la clientèle en déficience physique. L'élaboration du cheminement de l'usager dans les différents continuums assure une meilleure connaissance des différents critères d'accès aux URFI et les travaux communs entrepris avec la direction SAPA différencient les trajectoires spécifiques aux URFI, aux UCDG et aux lits post-hospitaliers. Un plan d'action spécifique à la réadaptation a été complété au cours de l'année 2016-2017 permettant de régler les différentes problématiques qui entravaient la fluidité entre le CHAUR et l'URFI de Trois-Rivières. De plus, les récents investissements pour les niveaux de soins alternatifs permettent l'ajout de 5 lits supplémentaires à l'URFI de Trois-Rivières.

## Trajectoire de la femme enceinte

La trajectoire illustre le parcours de la femme enceinte dans les services de périnatalité, à partir de la volonté de devenir enceinte jusqu'à la naissance du bébé. En fonction des choix personnels ou des besoins, le cheminement peut impliquer un suivi de la clinique de procréation médicalement assistée, un suivi de grossesse par une sage-femme, un omnipraticien, un gynécologue, de même qu'un ensemble de services multidisciplinaires (soins infirmiers, nutrition, intervention sociale) pré et post natus. Des travaux d'harmonisation du cheminement clinique de la femme enceinte ont débuté et se poursuivront au cours de la prochaine année. Ces travaux sont portés par l'équipe de la Direction du programme jeunesse-famille.

La clinique de procréation médicale assistée (PMA) a ajusté son offre de service 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. L'équipe a réalisé plus de 1 500 consultations, 150 grossesses en sont issues.

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

Nombre de naissances dans la région par centre hospitalier			
	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Hôpital Sainte-Croix	1 002	1 073	1 087
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	1 069	1 057	1 014
Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR)	1 750	1 739	1 793
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	555	600	608
CSSS du Haut-Saint-Maurice	91	104	101
<b>TOTAL</b>	<b>4 417</b>	<b>4 573</b>	<b>4 603</b>

## Les urgences et soins critiques : des améliorations!

Tout en ayant toujours à cœur la qualité des soins et des services offerts aux usagers, l'équipe de la direction adjointe Urgences et soins critiques (DAUSC) a réalisé de nombreux travaux afin d'atteindre les cibles visées. Que ce soit par la création d'outils tels que la cartographie des salles d'urgence ou des tableaux de bord correspondant à la réalité de chaque salle d'urgence du territoire, les résultats des Urgences du CIUSSS MCQ sous-tendent vers les objectifs définis. Les travaux d'optimisation aux urgences mineures de Bécancour-Nicolet-Yamaska et à l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie, ainsi que la mise en place de l'étape d'évaluation brève au processus de triage lors de l'arrivée de la clientèle des urgences majeures, ont permis de maintenir et d'augmenter la qualité des soins et services prodigués à la population mauricienne et centriquoise, tout en préservant l'accessibilité de ceux-ci.

Par l'analyse des différents secteurs et par la révision des façons de faire, et ce, en s'assurant que les bonnes personnes soient à la bonne place et que chaque étape d'un service ait sa raison d'être, le CIUSSS MCQ a atteint ses objectifs pour l'année 2016-2017. Alors que les visites dans toutes les salles d'urgence de l'établissement ont légèrement diminué pour atteindre 275 095 visites, les patients sur civière aux urgences ont connu une augmentation

de 992 usagers pour un total annuel de 87 224. Aussi, les arrivées en ambulance ont été chiffrées à 45 516, ce qui représente une augmentation de 1 901 transports.

**La durée moyenne de séjour est passée de 12,3 à 12 heures en 2016-2017. Au Québec, la durée moyenne de séjour à l'urgence est de 15,58 h et la cible du MSSS pour 2016-2017 était de 12,97 h.**

## **Améliorer les trajectoires de services en intégration communautaire sous l'angle de la pertinence clinique et de l'harmonisation des pratiques en DI et en TSA**

Le projet est réalisé à partir des constats suivants :

- Les personnes ayant une DI ou un TSA présentent des situations de handicap individualisées avec des besoins de soutien et d'encadrement quotidiens variables;
- Les personnes ont besoin d'accroître leurs compétences, de développer ou de maintenir leur autonomie ou encore d'avoir des contacts sociaux;
- La difficulté d'obtenir une occupation de jour répondant aux besoins et aux attentes des personnes et de leur famille est considérable;
- La nécessité d'arrimer l'offre de service du réseau de la santé et des services sociaux avec celle des organismes communautaires;
- L'épuisement des familles et leurs difficultés à concilier le travail-famille.

De par ces constats, le CIUSSS MCQ s'est donné comme objectif d'accroître l'offre de service en collaborant avec le milieu communautaire afin d'agir de manière complémentaire pour répondre aux besoins des usagers.

Le CIUSSS MCQ souhaite notamment :

- procéder à l'évaluation de la clientèle;
- rencontrer les organismes communautaires des différents territoires pour leur présenter son projet;
- procéder à des appels d'intérêt;
- convenir avec certains organismes des ententes pour qu'ils accueillent certains usagers;
- améliorer la spécialisation des Centres d'activités de jour du CIUSSS MCQ.

Les démarches se poursuivent pour conclure d'autres ententes avec les organismes communautaires dans le but d'accroître l'offre de service.

## **Optimiser l'organisation des services du programme DI-TSA-DP auprès des enfants 0-7 ans lors des six premiers mois afin d'intervenir plus précocement sur leur développement**

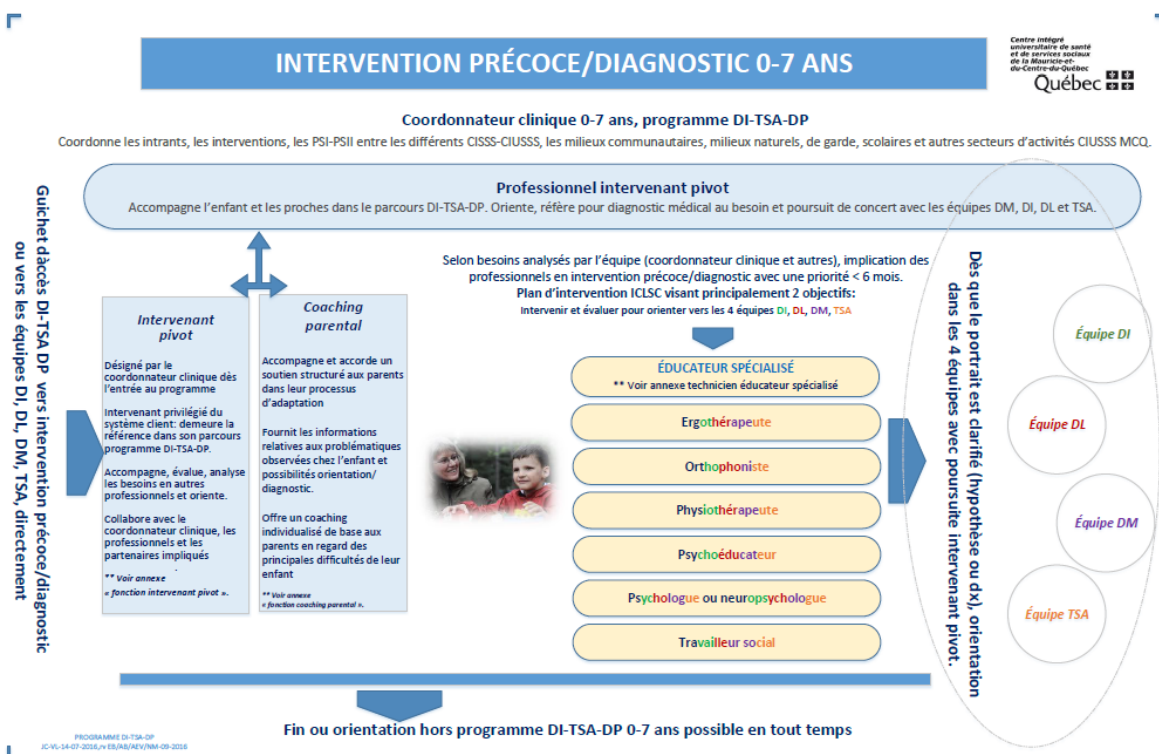
Ce projet de grande envergure fait suite à plusieurs constats, dont celui du Protecteur du citoyen en 2015 évoquant le fait du peu de coordination entre les différents acteurs devant la réponse aux besoins de l'enfant et de sa famille. En effet, les évaluations sont privilégiées par rapport aux interventions pour les enfants n'ayant pas de diagnostic précis à l'arrivée dans le programme. L'enfant a donc plusieurs étapes à franchir pour atteindre un service spécialisé et il peut attendre à plusieurs moments différents dans le processus actuel. Par ailleurs, les interventions spécialisées arrivent beaucoup trop tard dans la vie de l'enfant avec une moyenne d'âge global en DI-TSA-DP de 4 ans.

De plus, nous remarquons une augmentation de la clientèle de 38 % depuis trois ans, mais plus particulièrement en déficience du langage et trouble du spectre de l'autisme. Le nombre d'enfants en attente pour des services professionnels spécialisés est aussi très élevé.

Devant tous ces constats, une activité de révision des processus (de type Kaizen) a été réalisée auprès des chefs de service et des intervenants. L'objectif pour la clientèle étant :

- de réduire les délais d'attente afin d'accéder rapidement à une intervention précoce efficiente pour les enfants 0-7 ans au cours des six premiers mois de service au programme;
- d'offrir un continuum de services avec des équipes intégrées allant de la prévention/promotion à la réadaptation;
- d'améliorer la satisfaction des parents sur les services offerts et de prioriser un intervenant pivot stable de référence qui est essentiel pour une famille ;
- de mobiliser et de soutenir la famille autour de l'intervention afin de l'impliquer davantage dans les décisions.
- d'implanter cette nouvelle organisation de services d'ici le 1<sup>er</sup> juin 2017. Afin de mesurer cette transformation, différents indicateurs ont été identifiés ainsi qu'un projet de recherche, en association avec la direction de l'Institut universitaire en DI-TSA. Nous prévoyons que cette réorganisation des services apportera des bénéfices anticipés importants favorisant :
- d'assurer une accessibilité rapide et simplifiée aux services pour la clientèle;
- d'offrir une meilleure complémentarité des interventions interdisciplinaires auprès de l'enfant et sa famille;
- d'améliorer la fluidité dans la trajectoire de services;
- d'obtenir une satisfaction élevée des parents en avançant considérablement l'âge d'entrée aux services spécialisés de l'enfant, grâce à un intervenant pivot pendant le parcours de l'enfant.

Voici le schéma représentant « L'intervention précoce/activités diagnostics » qui résume l'ensemble des travaux.



## Demandes de services en déficience physique, déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme : mise en place d'un guichet unique

Le CIUSSS MCQ avait huit services d'accueil spécifiques (provenant des CSSS) et deux services d'accueil spécialisés (provenant du centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et du centre de réadaptation en DI et en TSA (CRDITED)) avec quatre systèmes d'information clientèles distincts. Ceci entraînait donc dix points d'entrée différents et 10 façons de fonctionner différentes (modalités d'accès, saisie d'informations, etc.). Le passage par plus d'un accueil pour certains usagers entraînait des délais d'attente chaque fois.

Le guichet d'accès unique DI-TSA-DP se définit comme un seul point d'entrée pour juger de l'admissibilité aux services. Ce point d'entrée unique permet à l'utilisateur et ses proches ainsi qu'à un référent de formuler une demande de services. La demande de services peut être adressée par ces derniers par téléphone en composant un numéro unique pour toute la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, par courrier électronique, en utilisant une adresse courriel unique ou en se présentant à l'accueil psychosocial (accueil, analyse, orientation, référence - AAOR) de son CLSC. Un seul formulaire de demande est nécessaire, peu importe le territoire ou le niveau de service. En plus de juger de l'admissibilité aux services, le guichet d'accès permet d'assurer l'accompagnement de l'utilisateur et des proches dans le processus de traitement de sa demande.

Le CIUSSS MCQ vise ainsi une amélioration de la simplicité et de la rapidité d'accès aux services et une amélioration de la continuité des services. Le tout se traduisant par une amélioration de la satisfaction de la clientèle.

## PRIORITÉ 2 – ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX DANS LA COMMUNAUTÉ

### Guichet d'accès à un médecin de famille

Pour obtenir un médecin de famille, la population peut s'inscrire au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). Afin d'assurer la référence vers les médecins de famille des personnes inscrites, des règles et conventions ont été définies par le Département régional de médecine générale (DRMG) en collaboration avec les Tables médicales territoriales (TMT). De plus, les modalités d'évaluation, de priorisation et de référence ont été harmonisées pour l'ensemble de la région.

### Taux de prise en charge

**En date du 31 mars 2017, la région comptait 414 340 personnes (83,70 %) inscrites auprès d'un médecin de famille, comparativement à 79 % en mars 2016.** Cela fait en sorte que 80 687 personnes (16,30 %) ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille. On dénombre 25 980 patients enregistrés au GAMF en attente d'inscription.

### Nombre de groupes de médecine de famille (GMF)

La région comptait, au 31 mars 2017, 25 groupes de médecine de famille (GMF) répartis sur 62 sites. On dénombre 361 médecins membres de ces GMF et 326 612 personnes inscrites auprès de ces médecins. Le taux d'assiduité<sup>2</sup> des GMF de la région était de 85,9 % pour la période du 16 mars 2016 au 15 mars 2017.

---

<sup>2</sup> Taux de prise en charge ou taux de fidélisation des patients.

## Attribution des ressources professionnelles en GMF

Le *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille* (GMF) permet une amélioration de l'accès à un médecin de famille en GMF, notamment par l'attribution d'un soutien professionnel additionnel. Pour la Mauricie et le Centre-du-Québec (MCQ), cela représente un total de 60,5 équivalents temps complet (ETC) d'infirmières cliniciennes, 33,0 ETC de travailleurs sociaux et 27,5 ETC d'autres professionnels (nutritionnistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes, psychologues et infirmières cliniciennes supplémentaires). Sur un total de 121 ETC de professionnels, 107,2 ETC (88,6 %) ont été attribués. Ce portait inclut les désistements de certains professionnels dont les postes n'étaient pas réattribués au 31 mars 2017.

L'attribution des ressources professionnelles en GMF vise également :

- l'intégration complète et optimale des services de première ligne, tant pour les dimensions sociales que celles relatives à la santé;
- l'efficacité des soins et des services;
- l'arrimage et la complémentarité des services des GMF avec ceux du CIUSSS;
- la mise en place d'une approche interdisciplinaire, par la combinaison de l'expertise des différents professionnels au bénéfice des usagers.

Les ressources professionnelles ont été choisies conjointement par le CIUSSS et les médecins responsables des GMF, dans le respect des conventions collectives en vigueur et en fonction de la disponibilité de la main-d'œuvre. En grande majorité, les dotations ont été effectuées par affichage. De concert avec les médecins des GMF, les offres de service ont été définies mutuellement et de façon complémentaire. Des travaux sont en cours sur la continuité et la fluidité des services entre les CLSC et les GMF. Parallèlement à l'attribution de ces ressources professionnelles (infirmières cliniciennes, travailleurs sociaux, nutritionnistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes et psychologues), le CIUSSS s'assure de maintenir l'offre de service en CLSC pour la clientèle sans médecin de famille ou pour celle dont le médecin n'est pas membre d'un GMF.

## PRIORITÉ 3 – AMÉLIORER LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

Dans le contexte du vieillissement de la population et 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) et DP (Déficience physique) permettant de desservir un plus grand nombre d'usagers à domicile. Par ailleurs, le SAD est un acteur important qui contribue à l'amélioration de la fluidité des épisodes de soins.

### Actions mises en place

- Ententes convenues avec les différents partenaires du CIUSSS;
- Évaluation des besoins des usagers et mise en place des plans d'intervention;
- Révision et amélioration des multiples trajectoires;

- Harmonisation des services de soutien à domicile sur l'ensemble des réseaux locaux du territoire du CIUSSS MCQ par l'identification et l'utilisation des meilleures pratiques.

### Résultats au 31 mars 2017

- Augmentation de 12 % du nombre d'usagers en soins de longue durée à domicile;
- Augmentation de 20 000 heures des soins et services directs auprès de ces usagers en SAD;
- Cadre de référence pour les soins et services en développement;
- Harmonisation des programmes de répit.

### Les résultats à atteindre pour l'année 2017-2018

- Assurer la mise en place des réévaluations annuelles de chacun des usagers;
- Mettre en place les multiples trajectoires améliorées;
- Consolider l'harmonisation selon les meilleures pratiques;
- Poursuivre l'augmentation du nombre d'usagers actifs au SAD;
- Poursuivre l'augmentation des heures directes auprès des usagers.

## PRIORITÉ 4 – ACCÈS PRIORISÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

L'objectif d'assurer des soins et services spécialisés dans des délais médicalement acceptables demeure toujours une priorité pour notre établissement.

Le 31 octobre 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) déployait la phase 1 du *projet Accès priorisé aux services spécialisés* (APSS). Nous avons également mis sur pied un Centre de répartition de services (CRDS) (en remplacement de l'ancienne centrale de rendez-vous) selon un modèle qui nous semblait répondre le mieux aux besoins de notre établissement.

Les médecins omnipraticiens ont désormais un point de chute unique pour y envoyer leur première demande de consultation et/ou examen pour les 9 spécialités ciblées dans la première phase du projet de l'APSS, soit la cardiologie, la neurologie, la chirurgie orthopédique, la néphrologie, l'ophtalmologie, l'othorino-laryngologie, la pédiatrie, l'urologie et la gastroentérologie. Les formulaires de demande de consultation harmonisés ont également été déployés afin de permettre une classification uniforme des priorités selon la condition clinique des usagers. Les demandes sont ainsi prises en charge pour l'ensemble du continuum de soins, selon les délais prescrits.

**Au 31 mars 2017, les centres de répartition des demandes de services ont traité plus de 14 000 demandes de consultation et 87 % des rendez-vous ont été attribués 1 mois avant la date cible.** La date cible est en fonction de la priorité donnée à la demande de consultation (Priorité A = < 3 jours, B = < 10 jours, C = < 28 jours, D = < 3 mois et E = < 12 mois) et est calculée à partir de la date de réception au Centre de répartition des demandes de services (CRDS). Par exemple, une demande reçue le 1<sup>er</sup> juin avec une priorité D, la date cible pour le rendez-vous est le 1<sup>er</sup> septembre et, dans 87 % des cas, le rendez-vous est obtenu avant le 1<sup>er</sup> août.

Le CIUSSS MCQ a également développé une application Web permettant le recueil des données pour les rendez-vous fixés en cabinet (registre déclaratif en cabinets) et travaille actuellement à finaliser l'intégration des données afin de permettre de dresser un portrait permettant de gérer l'accès dans son ensemble. Le déploiement de la deuxième phase, prévu à l'automne 2017, touchera 12 autres spécialités.

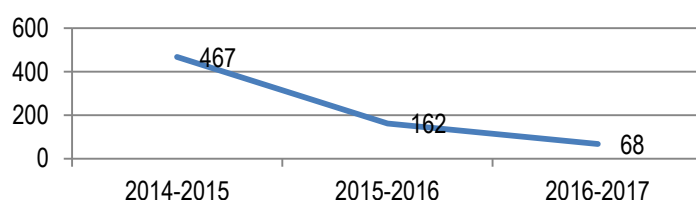
## L'accessibilité à la chirurgie

Le CIUSSS MCQ s'est fixé comme objectif de réaliser 100 % des demandes de chirurgie dans un délai inférieur à 6 mois au 31 mars 2017. Le pourcentage de chirurgies réalisées dans un délai inférieur à 6 mois est de 98 %.

Bien que la cible fixée ne soit pas complètement atteinte, les travaux d'optimisation nous ont permis de diminuer considérablement le nombre de demandes en attente depuis plus de 6 mois au CIUSSS MCQ. Les 68 patients hors délais sont priorisés par les équipes de planification chirurgicale en collaboration avec les chirurgiens.

De plus, la production chirurgicale est légèrement à la hausse de 0,2 % pour un total de 40 011 chirurgies réalisées au CIUSSS MCQ comparativement à 39 928 chirurgies réalisées en 2015-2016.

**Demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois**



Il est important également de souligner que les délais d'accès à la chirurgie bariatrique sont atteints et que tous les usagers inscrits sur la liste d'attente sont opérés dans un délai inférieur à 6 mois. Le nombre de chirurgies bariatriques réalisées a également augmenté de 29 % en 2016-2017.

Délai d'attente pour la chirurgie bariatrique		
2014-2015	2015-2016	2016-2017
27,3 semaines	28,5 semaines	18,3 semaines

Nombre de chirurgies bariatriques réalisées		
2014-2015	2015-2016	2016-2017
339	304	381

Les travaux se poursuivront donc au cours de l'année 2017 pour tout mettre en œuvre afin d'assurer aux usagers des délais d'accès à la chirurgie qui respectent les normes fixées par notre établissement.

En ce qui concerne la chirurgie oncologique, nous remarquons une amélioration constante au niveau de l'atteinte des cibles fixées par le MSSS (90 % des demandes traitées en moins de 28 jours et 100 % des demandes traitées en moins de 56 jours).

Au 31 mars 2017, deux patients étaient en attente depuis plus de 56 jours pour des raisons médicales.

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

## PRIORITÉ 5 – JEUNES EN DIFFICULTÉ

La réorganisation des services jeunesse-famille vise à offrir à la population un continuum de services accessibles, performants et de qualité afin de mieux répondre à leurs besoins. Le nombre d'enfants et de jeunes ayant besoin de services dans le cadre de la Loi de la protection de la jeunesse (secteur application des mesures) est en augmentation. Cette situation confirme la nécessité de réorganiser les services afin d'agir le plus précocement possible auprès des familles vulnérables. Ainsi, des équipes intégrées, par trajectoires et par groupes d'âge et regroupant les missions CLSC et protection de la jeunesse s'actualiseront à l'automne 2017.

Le programme d'intervention en négligence (PIN) et les services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE), déjà implantés sur l'ensemble du territoire, font l'objet d'une harmonisation des pratiques visant une meilleure accessibilité ainsi qu'une intensification de l'offre de service.

Services en protection de la jeunesse			
	2015-03-31	2016-03-31	2017-03-31
En attente d'application des mesures	26	18	74
En application des mesures	2 163	2 204	2 414

	Services jeunesse mission CLSC					
	2015-2016			2016-2017		
	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions	Nombre moyen d'interventions	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions	Nombre moyen d'interventions
Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)	3134	19 507	6,2	2 568 *	17 858	7,0
Services jeunes en difficulté (de proximité) mission CLSC	10 291	69 438	6,7	10 915	74 560	6,8

\*La diminution du nombre d'usagers aux SIPPE est due au transfert de plusieurs dossiers au programme d'intervention en négligence.

### La réadaptation jeunesse : des services en amélioration continue

Deux centres de réadaptation accueillent des garçons et des filles âgés entre 13 et 17 ans. Une hausse de la fréquentation des services de réadaptation sur l'ensemble du territoire a été observée en 2016-2017. Le mandat d'une unité d'adolescents à Drummonville a été transformé afin de mieux desservir une clientèle d'adolescentes en augmentation sur la Rive-Sud.

En 2015-2016, nous comptons, au Centre de réadaptation Laforest, 6 places pour les filles (LPJ) et 36 places pour les garçons (LPJ). Nous avons transformé une unité de 12 places pour garçons en unité pour filles, pour mieux répondre aux besoins. Donc, nous comptons maintenant 18 places pour les filles (LPJ) et 24 places pour les garçons (LPJ).

Services de réadaptation interne - nombre de places				
	2015-2016		2016-2017	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
<b>Centre de réadaptation Bourgeois à Trois-Rivières</b>				
Hébergement 13-18 ans LPJ-LSJPA milieu ouvert	13	29	13	29
Hébergement 13-18 ans (mixte) Évaluation-orientation	13		13	
<b>Total des places</b>	<b>55</b>		<b>55</b>	
<b>Centre de réadaptation Laforest à Drummondville</b>				
Hébergement 13-18 ans LPJ-LSJPA milieu ouvert	6	36	18	24
Hébergement 13-18 ans Garde fermée	-	12	-	12
<b>Total des places</b>	<b>54</b>		<b>54</b>	
<b>Taux d'occupation</b>	73 %		95 %	

## Recrutement de familles d'accueil

Une campagne de recrutement effectuée à l'été 2016 a permis d'augmenter le nombre de familles d'accueil pouvant recevoir des enfants, l'accent ayant été mis davantage sur les adolescents. Voici les résultats pour l'année 2016-2017 :

- 23 nouvelles familles d'accueil de type régulier;
- 26 nouvelles familles d'accueil de type banque mixte, c'est-à-dire ayant le projet d'adopter un enfant;
- 40 nouvelles familles d'accueil de proximité, c'est-à-dire une famille faisant partie de l'entourage de l'enfant.

## Comités de jeunes

Les comités de jeunes permettent de consolider leur contribution à l'intérieur des deux centres de réadaptation. Les saines habitudes de vie et les services spécialisés reçus dans les milieux d'hébergement sont les principales préoccupations. Cette instance est un atout important dans le succès vers la réadaptation et la réinsertion des jeunes en plus de favoriser la qualité des services.

### Témoignage

« Je suis un jeune du centre de réadaptation Bourgeois. Je suis présentement dans le comité des jeunes qui a un rôle important à jouer. Mon rôle est de faire sentir aux jeunes du CR qu'ils sont ici pour changer des choses tout en s'amusant. Ma responsabilité est de discuter en groupe des activités qui seront décidées dans le mois et d'en faire part aux jeunes de mon unité. Quand je suis dans le comité, je me sens comme si je parlais avec mes amis et nous avons tellement d'affinités entre nous que je me sens comme si c'était ma famille. Et pour finir, je voudrais rajouter que le comité des jeunes m'aide beaucoup à développer ma confiance en moi. »

## Transition vers les services aux adultes

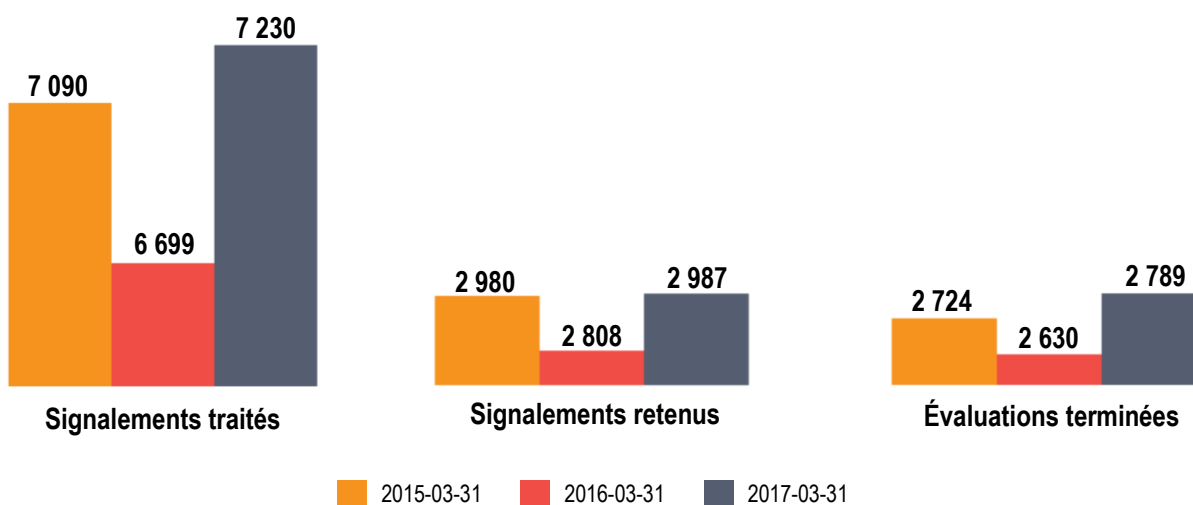
Le service en réinsertion sociale, volet jeunesse, a développé des corridors de services avec le continuum santé mentale adulte et dépendance. Ceux-ci assurent une continuité ainsi qu'une fluidité des services lors du passage à l'âge adulte.

## Collaboration au projet Tandem

Le projet Tandem est offert par les Carrefours Jeunesse Emploi (CJE) aux jeunes adultes de 18 à 29 ans qui transitent vers la vie autonome et qui ont besoin d'un accompagnement personnalisé pour faciliter ce passage à la vie adulte sur les plans socioprofessionnel, résidentiel et relationnel. Dans le cadre d'un projet pilote, 25 jeunes recevant des services de notre établissement ont été repérés pour chacun des CJE de Trois-Rivières/MRC des Chenaux, de Shawinigan et d'Arthabaska. Cette collaboration a permis à Tandem d'être maintenant disponible sur tout le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

## La direction de la protection de la jeunesse

La préoccupation pour les enfants demeure encore très présente dans la région, et ce, autant pour les professionnels qui œuvrent auprès de ceux-ci que pour les citoyens. **Cette année, 7 230 situations d'enfants ont été signalées à la directrice de la protection de la jeunesse, soit une augmentation de 531.** La protection de ces enfants étant une responsabilité collective, il faut voir, dans le nombre de signalements, un souci majeur de protéger et de venir en aide aux enfants les plus vulnérables.



L'augmentation des signalements oblige une action soutenue au quotidien par les différents professionnels de la direction qui sont fortement engagés. Cette augmentation se répercute également sur l'ensemble du continuum jeunes en difficulté notamment à l'étape de l'application des mesures et en hébergement (Ressource de type familial et centre de réadaptation).

Diverses actions ont vu le jour pour répondre à notre objectif en regard de l'accessibilité, la qualité et la fluidité des services à l'utilisateur :

- Dès l'étape de la réception et du traitement des signalements, les enfants signalés pour motifs de négligence font l'objet d'une vérification complémentaire terrain (VCT). Tout professionnel de la trajectoire jeunes en difficulté peut être sollicité à contribuer à ce mandat. L'objectif étant une appréciation plus juste de la présomption de compromission. La décision de retenir ou non le signalement en est d'autant plus éclairée.
- La mise en place d'une équipe multifonctions depuis septembre 2016, qui regroupe des professionnels polyvalents qui agissent promptement dans les secteurs touchés par un volume important de signalements afin de favoriser la mise en place de services adaptés aux usagers.

Travailler en étroite collaboration avec les partenaires du réseau ainsi que la communauté demeure un incontournable lorsqu'il s'agit de protéger un enfant. C'est à partir de cette croyance fondamentale que l'ensemble

des commissions scolaires du territoire ont été rencontrées à l'automne. Également, depuis mars 2017, s'est amorcée une nouvelle tournée auprès des partenaires policiers. Ces échanges autour des enfants, sont toujours des plus enrichissants et permettent de consolider nos arrimages.

La gestion du risque auprès des enfants et des familles en situation de négligence<sup>3</sup> demeure un enjeu central. Afin de favoriser une plus grande harmonisation dans la prise de décision ainsi qu'un soutien adapté aux familles, un exercice de réflexion s'est amorcé en collaboration avec une chercheuse de l'Université de Sherbrooke et s'échelonne toute l'année avec l'ensemble des équipes de la DPJ-DP et de la direction adjointe continuum jeunes en difficulté et santé mentale.

## Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)

La baisse du volume de demande en LSJPA des dernières années a permis aux différents professionnels de l'équipe, déjà hautement mobilisés, de saisir des opportunités et ainsi redéfinir et bonifier l'offre de service aux adolescents et leur famille.

## PRIORITÉ 6 – ASSURANCE SALAIRE

### Santé et sécurité au travail

L'année 2016-2017 a été marquée par l'adoption de la politique de gestion intégrée de la prévention et de la présence au travail. Cette politique favorise la prise en charge par les personnes et par l'organisation des déterminants et des risques en matière de santé, de sécurité et de bien-être au travail. Les comités paritaires en santé et sécurité au travail ont été remis en place afin de mobiliser des ressources en prévention des accidents de travail et de l'absentéisme.

La structure de l'organisation en santé et sécurité a été revue afin de répartir les ressources en gestion médico-administrative et en prévention. Les équipes ont pu être regroupées en deux sites dans le but d'être plus efficaces dans la gestion des différents dossiers. Le taux d'assurance salaire est de 7,03 % alors que la cible était à 6,10 %. Nous sommes donc à 84,5 % de l'objectif.

Malgré tout, le taux d'assurance salaire a continué à augmenter par rapport à l'année précédente et la majorité des absences sont reliées à des causes psychologiques de même qu'à des problèmes musculo-squelettiques externes au travail.

Pour la prochaine année, le service de gestion de la présence au travail et de la prévention en santé et sécurité au travail, avec le soutien de la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) élaborera et mettra en œuvre un plan d'action afin de s'assurer de la mise en place des meilleures pratiques pouvant avoir une influence sur la diminution de l'absentéisme.

---

<sup>3</sup> La grille d'analyse de l'article 38,2 de la LPJ comprend les faits suivants : nature, gravité, chronicité et fréquence. Description des faits observables et/ou observés (ex. : comportements, gestes, paroles, attitudes) :

- Vulnérabilité : en regard, avec le développement normal d'un enfant, quelles conséquences les faits observés ou documentés ont-ils sur l'enfant signalé (seuils minimaux)? Tenir compte de l'âge, du lien d'attachement et des états physique, intellectuelle, affectif, problèmes de vie du milieu, capacité d'aller chercher de l'aide, se référer à un réseau social, atteinte à son intégrité.
- Capacité parentale : que font, que peuvent ou que veulent faire le(s) parent(s) en rapport aux faits signalés?
- Capacités du milieu : y a-t-il dans son environnement immédiat une personne ou un groupe qui peut contribuer à sa protection?

## PROJETS SPÉCIAUX

### Service de biologie médicale Optilab



Le service de biologie médicale poursuit la planification et la réalisation du projet Optilab. Celui-ci vise l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services offerts aux usagers et une utilisation optimale des ressources. Au cours de la dernière année, deux directeurs ont été nommés, soit un directeur clinico-administratif Optilab ainsi qu'un directeur médical Optilab afin d'assurer la bonne conduite des travaux. De plus, une gouvernance de

projet a été instaurée dans le but d'assurer une vigie et une cohérence vers l'atteinte des objectifs ciblés. Cette gouvernance comprend un comité directeur ainsi que des sous-comités pour chacun des volets du projet. Le comité directeur regroupe des spécialistes des laboratoires ainsi que des médecins desservis par les laboratoires du CIUSSS MCQ. À titre d'exemple, les volets suivants ont chacun leur comité respectif : ressources humaines, système d'information du laboratoire, sécurité des transports et équipements.

Parmi les principaux dossiers qui ont cheminé durant la dernière année, une planification de la main-d'œuvre requise sur chaque site a été effectuée. À cet effet, deux rencontres d'information ont été offertes à l'ensemble du personnel des laboratoires. Ces travaux se font en collaboration avec les technologistes médicaux et l'instance syndicale. Des travaux ont également débuté au niveau du transport puisque plusieurs échantillons devront transiter entre les différents sites de laboratoire de façon sécuritaire. Les besoins en espaces et en équipements spécialisés ont également fait l'objet d'une analyse en 2016-2017.

À ce jour, certains transferts d'analyses des centres associés vers le centre serveur ont été réalisés. Ces transferts ont permis d'ajuster nos processus pour un traitement plus rapide et optimal. Finalement, une attention spéciale a été portée à la communication avec les employés et la population afin de les informer des avantages de ce projet.

Rappelons que les avantages de ce projet pour la population sont, entre autres, d'offrir des services sécuritaires et de qualité répondant aux besoins actuels et futurs de la population et des cliniciens, de maintenir l'accessibilité aux services de prélèvement partout sur le territoire, la possibilité de se présenter aux mêmes endroits pour les prélèvements, le maintien des délais d'analyse, aucune fermeture de laboratoires dans nos hôpitaux et urgences mineures, l'utilisation efficiente des ressources humaines, financières, technologiques et informationnelles et la pertinence des analyses et la qualité des pratiques de laboratoire.

### Dossier clinique informatisé (DCI)

C'est en décembre 2015 que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, a annoncé que la solution informatique *Cristal-Net* serait utilisée à l'échelle provinciale pour la mise en œuvre du DCI. En action pour préparer l'implantation du projet depuis janvier 2016, une équipe dédiée au projet a ensuite été mise en place et a débuté les étapes préparatoires requises au déploiement. En mars dernier, la rencontre de démarrage a eu lieu avec le Centre de développement et d'opérationnalisation de *Cristal-Net*, ce qui lance officiellement le déploiement du projet au sein du CIUSSS MCQ.

C'est à l'Hôpital Sainte-Croix, au CLSC Drummond, ainsi que dans d'autres installations de ce RLS que l'équipe responsable du DCI sera prochainement en action pour réaliser les premières étapes de ce grand projet.

#### **Un outil efficace pour le personnel des établissements de santé**

Cristal-Net permet un accès rapide et multisite à un dossier centralisé pouvant être consulté simultanément par différents intervenants. La recherche d'information y est simplifiée grâce à un classement par discipline. Le système comporte des modules généraux (ex : le dossier patient électronique (DPE)) et d'autres plus pointus (ex : la

trajectoire oncologique). En plus de faire un pont vers le Dossier Santé Québec (DSQ), Cristal-Net s'intègre aux applications techniques déjà existantes dans les établissements.

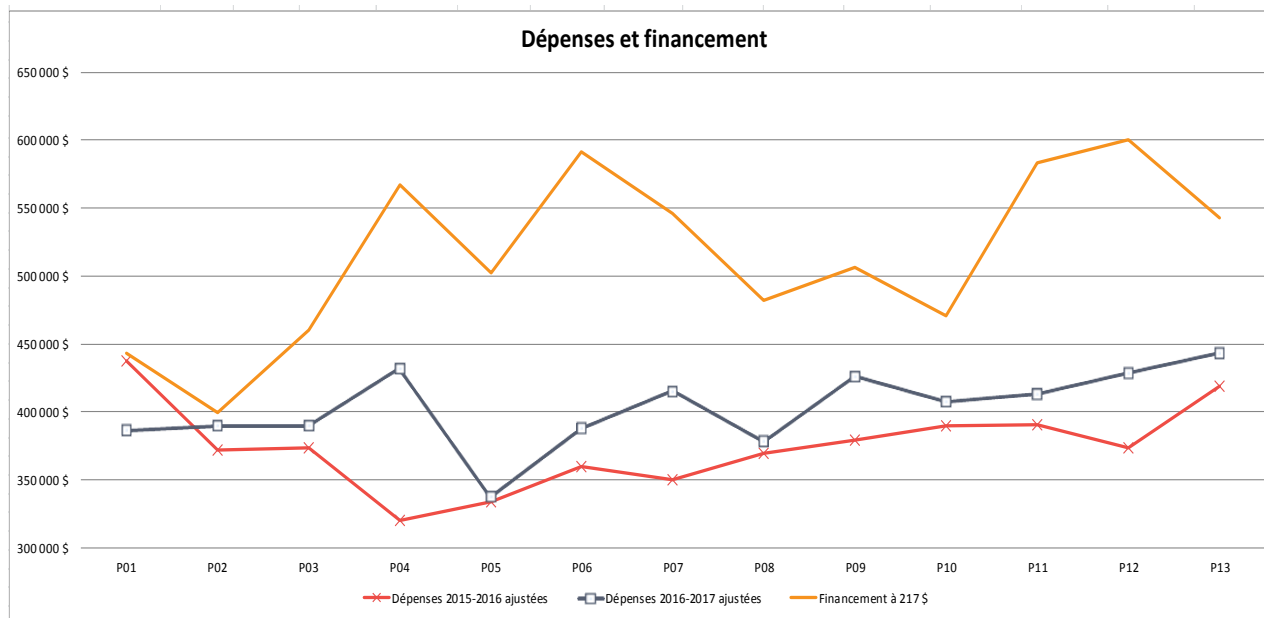
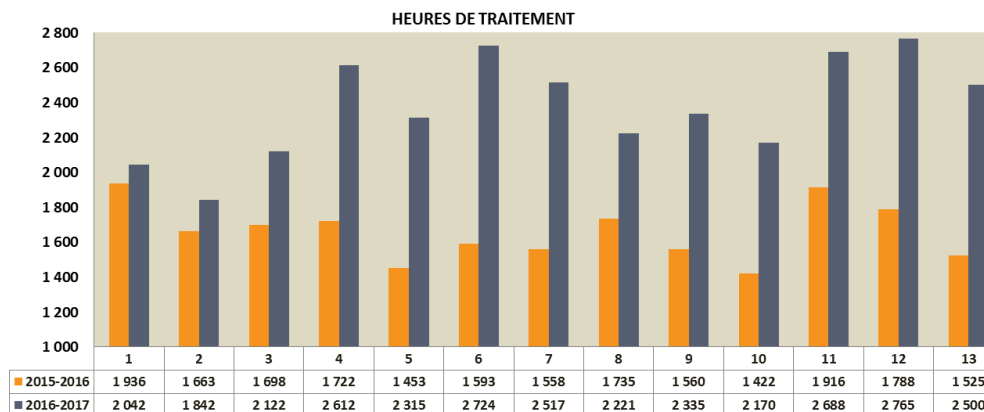
### Cristal-Net et les usagers

L'utilisation d'un outil aussi performant et polyvalent que Cristal-Net permet d'accroître la sécurité et la satisfaction du patient. La centralisation des renseignements (profil du patient, notes médicales, résultats de laboratoire, etc.) et leur accessibilité facilitent et accélèrent la prise de décision de l'équipe soignante pour le bien de l'utilisateur. En tout temps, la vie privée du patient est prise en considération grâce à une gestion confidentielle de l'information.

## Financement axé sur le patient

### Radio-oncologie

Au cours de la dernière année, nous avons bonifié, par la présentation de tableaux de bord périodiques au comité de direction, le suivi du financement axé sur le patient. Cette présentation avait pour but d'observer les résultats du service comparativement aux paramètres de financement. La radio-oncologie est le premier secteur à avoir développé le financement axé sur le patient.



	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	Total
Dépenses 2015-2016 ajustées	437 717 \$	371 975 \$	373 577 \$	320 106 \$	334 353 \$	359 623 \$	350 458 \$	369 808 \$	379 419 \$	390 184 \$	390 899 \$	373 596 \$	418 955 \$	4 870 674 \$
Dépenses 2016-2017 ajustées	386 586 \$	389 774 \$	389 816 \$	431 789 \$	338 070 \$	388 022 \$	415 326 \$	378 255 \$	426 069 \$	407 680 \$	413 409 \$	428 500 \$	443 432 \$	5 236 723 \$
Financement à 217 \$	443 190 \$	399 651 \$	460 376 \$	566 720 \$	502 352 \$	591 188 \$	546 120 \$	482 000 \$	506 695 \$	470 993 \$	583 296 \$	600 005 \$	542 500 \$	6 695 085 \$
<b>Résultat 2016-2017 :</b>														
Financement à 217 \$	56 604 \$	9 877 \$	70 560 \$	134 931 \$	164 283 \$	203 166 \$	130 795 \$	103 745 \$	80 626 \$	63 313 \$	169 887 \$	171 505 \$	99 068 \$	1 458 362 \$

### **Imagerie médicale**

Le MSSS a annoncé que les services d'imagerie médicale passeraient au mode de financement axé sur le patient pour l'année débutant le 1<sup>er</sup> avril 2018. Des travaux préparatoires et d'analyses ont été effectués afin de constater la performance du service et de cibler, s'il y a lieu, des pistes d'amélioration.

### **Séances de travail**

Au cours de la dernière année, deux séances de travail ont été préparées afin d'initier les gestionnaires des services de l'urgence et ceux des soins intensifs à ce nouveau mode de financement.

### **Accès à la chirurgie**

Ce service poursuit, depuis plusieurs années, ses activités avec les paramètres de financement axé sur le patient. Périodiquement, les projections de financement sont préparées afin de s'assurer de la performance du service.

## **ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ**

### **Démarche d'agrément**

Le CIUSSS MCQ compte douze établissements fusionnés ayant obtenu le statut agréé avec les organismes d'Agrément Canada ou du Conseil Québécois d'agrément (CQA). Ce statut témoigne du respect de normes et de bonnes pratiques reconnues dans tout le pays. Les visites d'agrément se sont déroulées entre 2013 et 2015.

Au 31 mars 2017 :

- Les cinq établissements devant fournir des preuves en suivi à Agrément Canada ont tous été agréés.
- Des stratégies de réalisation ont été acheminées le 30 novembre 2016 au CQA pour quatre processus suite à la visite des Services régionaux de réadaptation en dépendance tenue en octobre 2015. Un dernier suivi est prévu le 30 avril 2017 afin de répondre aux exigences.

Le CIUSSS MCQ a amorcé son premier cycle d'agrément à titre de centre intégré. Il maintient son engagement à dispenser des services accessibles, continus, sécuritaires et de haute qualité à la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Au 31 mars 2017 :

- 60 % des activités liées aux normes sont réalisées.
- 45 % des critères de conformité aux pratiques organisationnelles requises sont mis en place.

L'organisme Agrément Canada viendra d'ailleurs apprécier la qualité des soins et des services offerts, par l'ensemble des équipes du CIUSSS MCQ, lors d'une première visite la semaine du 22 octobre 2017 et une seconde visite est prévue en mars 2018.

### **Information et consultation de la population**

#### **Expérience usager**

Le CIUSSS MCQ encourage toute modalité entourant l'évaluation de l'expérience usager. À cet effet, toutes les directions cliniques ont réalisé des sondages auprès des usagers dans leurs secteurs afin d'évaluer l'expérience vécue par ces derniers. Les directions administratives, en plus d'avoir effectué elles-mêmes des sondages, sont

devenues parties prenantes des améliorations à mettre en place au sein des directions cliniques. En voici quelques exemples :

- Révision de processus cliniques et de l'organisation du travail pour augmenter l'accessibilité et améliorer les délais d'accès et de prise en charge, notamment par l'ajout de plages horaires en fin de journée en vaccination;
- Implication des comités de résidents avec les comités de milieux de vie;
- Réaménagement de certains espaces afin d'assurer une plus grande confidentialité, notamment une salle d'attente;
- Révision du procédé entourant la cueillette des satisfactions et insatisfactions des usagers et installation de boîtes à suggestions dans plusieurs endroits d'accueil.

### **Partenariat de soins et de services**

Cette démarche 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 services qui leur sont offerts.

Cette année, 84 demandes d'implication d'usagers, réparties sur tous les territoires, ont été recensées. Merci aux usagers qui se sont investis dans cette démarche! Leur participation a permis, notamment, l'amélioration de la documentation remise aux usagers, la révision de processus cliniques et la révision de l'offre de service de certains secteurs.

Le CIUSSS MCQ participe activement à plusieurs projets de recherche portant sur l'évaluation de l'expérience usager et le partenariat de soins et de services. Les résultats obtenus permettront d'évaluer l'impact de la participation des usagers sur la qualité et la sécurité des soins et services et leur adaptation aux besoins de la population, notamment en santé mentale, en déficience physique, dans le domaine de gestion des risques et des maladies chroniques.

### **Mesures de contrôle des usagers**

Le CIUSSS MCQ se positionne en tant que leader dans la réduction du recours aux mesures de contrôle. La pratique s'appuie sur les valeurs privilégiées par l'établissement ainsi que sur sa volonté à dispenser des soins et des services de qualité dans une perspective de collaboration interdisciplinaire. La philosophie d'intervention est axée sur la mise en place des meilleures pratiques ainsi que sur le respect des droits, de la liberté et de la dignité de l'utilisateur. Dans l'établissement, l'application d'une contention ou d'un isolement constitue une mesure exceptionnelle envisagée en dernier recours, soit en présence d'un danger grave et imminent pour l'utilisateur ou pour autrui et lorsque toutes les alternatives ont été tentées en vain.

### **Réalisations en 2016-2017**

- Mise en place d'un comité régional d'encadrement de la pratique en regard de l'utilisation des mesures de contrôle ayant des représentants de tous les territoires et de toutes les missions;
- Diffusion de la politique harmonisée sur l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle, dans l'ensemble des missions et selon les spécificités des secteurs d'activité;
- Implantation d'un outil de vigie de la prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle en hébergement;
- Actualisation d'actions spécifiques en CHSLD sur les territoires d'Arthabaska-et-de-l'Érable, de Drummondville et de la Vallée-de-la-Batiscan afin de réduire la prévalence d'utilisation des mesures de contrôle;
- Réalisation de trois projets d'optimisation visant à réduire l'utilisation de la surveillance constante sur les territoires d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de Drummondville;

Au cours de la dernière année, trois formations ont été adaptées aux différents intervenants. Le tableau ci-dessous présente le nombre de participants qui en ont bénéficié :

Titre de la formation	Durée	Nb de participants
Politique d'application exceptionnelle d'une mesure de contrôle	1 heure	237
Prévention des chutes et utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle <b>pour les non-professionnels</b>	3,5 heures	57
Prévention des chutes et utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle <b>pour les professionnels</b>	7 heures	243

Le tableau ci-dessous présente les taux d'utilisation des mesures de contrôle par territoire, pour le secteur de l'hébergement.

TAUX D'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE (%)																		
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC																		
2016-2017																		
Territoires	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Écart entre la P1 et la P13	Moyenne annuelle 2016-2017	Comparatif avec la moyenne annuelle 2015-2016	Écart entre les moyennes annuelles 2016-2017 versus 2015-2016	Progression des moyennes annuelles
Arthabaska-et-de-l'Érable	33,08	32,91	33,50	31,98	30,40	28,97	26,20	24,94	19,40	16,62	14,11	10,58	9,82	23,26	24,04	52,78	-28,74	↓ 54,45%
Bécancour-Nicolet-Yamaska	5,91	4,68	4,68	3,78	4,22	3,81	3,81	2,95	2,52	2,94	2,54	2,10	2,10	3,81	3,54	8,71	-5,17	↓ 59,34%
Drummondville	14,36	11,97	12,41	12,24	14,87	12,86	11,08	9,81	11,60	9,05	7,69	5,85	5,14	9,22	10,69	15,03	-4,34	↓ 28,90%
Énergie	4,14	4,17	4,15	4,40	4,40	4,75	4,73	4,44	3,48	3,55	3,32	3,30	2,63	1,51	3,96	5,33	-1,37	↓ 25,73%
Haut-Saint-Maurice	6,06	6,06	4,55	4,48	4,55	5,97	5,97	5,97	5,97	5,97	3,03	2,99	2,99	3,07	4,97	3,61	1,36	↑ 37,57%
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	0,00	0,00	0,00	0,00
Trois-Rivières	4,60	5,03	4,59	4,42	4,57	4,42	4,27	4,27	3,98	3,53	3,11	2,73	2,89	1,71	4,03	4,76	-0,73	↓ 15,30%
Vallée-de-la-Batiscan	16,33	12,50	13,19	13,79	10,56	10,42	11,19	11,27	9,22	10,07	8,76	8,33	5,22	11,11	10,83	24,52	-13,69	↓ 55,81%
Moyenne hébergement	10,56	9,67	9,63	9,39	9,20	8,90	8,41	7,96	7,02	6,47	5,32	4,49	3,85	6,71	7,76	14,34	-6,59	↓ 45,91%

La prévalence moyenne est de 7,76 % d'usagers ayant nécessité une ou plusieurs mesures de contrôle. **Ceci représente une réduction de près de 50 % comparativement à l'année précédente (14,34)**. Cette amélioration aurait été impossible sans la participation de l'équipe de soins infirmiers, de l'équipe interdisciplinaire ainsi que des gestionnaires. Pour l'année à venir, d'autres actions seront déployées afin de poursuivre la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.

## 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 2016-2017 Cumulatif						
	CHAUR	Drummond	HSM	CSSSE (HCM + CRSM)	HDA	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive	260	216		27	92	<b>595</b>
*Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	255	200		25	83	<b>563</b>
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	0	1	0	22	1	<b>24</b>
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	0	1	0	20	1	<b>22</b>
*Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	0	1	0	20	1	<b>22</b>
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	27	27	7	50	18	<b>129</b>
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)	18	26	7	43	13	<b>107</b>
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	18	26	7	38	12	<b>101</b>
*Nombre d'usagers différents mis sous garde tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)	257	205	7	67	89	<b>625</b>

\* N.B. Il n'est pas exclu qu'un usager ait été compté deux fois dans le total du nombre usagers différents (si un usager sous garde dans une installation avait été transféré dans une autre installation, il apparaîtrait dans les deux installations)

## Sécurité des soins

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 :

- Plusieurs formations diversifiées ont été dispensées concernant la sécurité des usagers;
- De nombreux projets du plan opérationnel ont été réalisés, tels que la mise en service de l'hémodynamie, les travaux sur la fluidité des épisodes de soins et des travaux majeurs visant la réduction des mesures de contrôle;
- L'implantation des meilleures pratiques reliées à la sécurité des usagers telle la double identification sécuritaires des usagers et la procédure sur la divulgation aux usagers;
- La mise en place d'une Semaine de la sécurité déployée dans l'ensemble de l'établissement.

## Déclaration des incidents et accidents

L'importance de la sécurité des soins est également visible par un fort engagement à déclarer tous les événements indésirables et une augmentation des déclarations de 1,4 % pour l'année 2016-2017. Ces déclarations permettent aux secteurs cliniques de revoir leurs pratiques et améliorer les soins offerts. De plus, les intervenants signalent de plus en plus de situations à risques, ce qui est le reflet de l'amélioration de notre culture de sécurité (augmentation de 10,1 %).

Nombre d'événements par catégorie	2015-2016	%	2016-2017*	%	% de variation
Incident (A et B)	3 309	10,2 %	3 644	11,0 %	10,1 %
Accident mineur (C à E2)	28 972	89,0 %	28 945	87,6 %	-0,1 %
Accident majeur (F et +)	209	0,6 %	223	0,7 %	6,7 %
Indéterminé	81	0,2 %	225	0,7 %	177,8 %
<b>Total</b>	<b>32 571</b>	<b>100,0 %</b>	<b>33 037</b>	<b>100,0 %</b>	<b>1,4 %</b>

Nombre d'événements par type	2015-2016	%	2016-2017*	%	% de variation
Chute	14 422	44,3 %	14 909	45,1 %	3,4 %
Médicament	9 145	28,1 %	9 159	27,7 %	0,2 %
Autre	9 004	27,6 %	8 969	27,1 %	-0,4 %
<b>Total</b>	<b>32 571</b>	<b>100,0 %</b>	<b>33 037</b>	<b>100,0 %</b>	<b>1,4 %</b>

\* Résultats au 15 mai 2017. Registre local 2016-2017, données incomplètes en date de la production des statistiques

Les chutes représentent 45,1 % des événements déclarés et constituent le type d'événement le plus déclaré en lien avec la sécurité des soins dans l'organisation. Des efforts constants sont faits (par exemple, l'évaluation systématique et réévaluation périodique du risque de chute pour la clientèle de l'hébergement) pour limiter la récurrence et la gravité de ces événements auprès de la clientèle âgée.

Au cours de l'année 2016-2017, ce sont plus de 275 événements qui ont fait l'objet d'une analyse poussée. Suite à cette analyse, des actions concrètes sont réalisées pour éviter la récurrence de tels événements. À titre d'exemple la mise en place du pré-triage dans certaines urgences, la révision des pratiques reliées aux risques de fugues et la révision des procédures associées aux transports de spécimens.

Le comité de gestion des risques de l'établissement a également formulé huit recommandations au Conseil d'administration touchant la stabilité du personnel soignant, la sécurité des lieux physiques, l'amélioration d'équipements médicaux ou l'acquisition de logiciel en soutien aux pratiques cliniques.

L'établissement favorise également l'implantation du plan d'action ministériel découlant des recommandations du Groupe vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) en matière de prévention des chutes et des événements liés à la médication. Ces recommandations visent à prévenir les chutes dans nos installations par la mise en place de mesures de prévention efficace et à améliorer la gestion de la médication pour améliorer la sécurité.

## Suivi des recommandations du coroner

**Pour l'année 2016-2017, l'établissement a reçu 8 rapports du coroner comparativement à 11 pour l'année précédente.** L'ensemble des recommandations a fait l'objet d'un suivi et des actions ont été prises permettant de poursuivre nos efforts dans le développement d'une offre de services sécuritaires. Les recommandations visaient entre autres la révision de pratiques médicales, l'ajustement des fauteuils roulants selon les normes de sécurité, de même que le rehaussement des standards de sécurité dans les unités de santé mentale.

## Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS)

### Comparatif des dossiers conclus par la CPQS

Il appert que le nombre de dossiers conclus a augmenté cette année, passant de 677 dossiers au cours de l'année précédente à 716 dossiers de plainte cette année. Quant aux dossiers d'intervention, nous retrouvons sensiblement le même nombre soit 283 demandes pour 2016-2017 comparativement à 289 pour 2015-2016.

**Tableau – Comparatif des dossiers conclus 2015-2016 et 2016-2017**

Comparatif des dossiers 2015-2016 et 2016-2017	2015-2016	2016-2017
Nombre de plaintes conclues	677	716
Nombre d'interventions	289	283
Nombre d'assistances auprès des usagers	672	593
Nombre de consultations	35	50
Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen	35	22
Délai moyen pour le traitement des plaintes (jours)	38	53

Pour diverses raisons, le traitement d'un dossier de plainte ou d'intervention peut être interrompu, notamment si l'utilisateur souhaite abandonner ou cesser la démarche ou encore si la plainte est rejetée par la commissaire sur examen sommaire. Au cours de l'année 2016-2017, le pourcentage de dossier dont le traitement n'a pas été complété est de 6 %.

**Tableau – Comparatif - sommaire des plaintes et interventions**

Année	Nombre de dossiers reçus durant l'exercice		Nombre de dossiers conclus durant l'exercice		Orientation pour étude disciplinaire non médicale	Assistances
	Plaintes	Interventions	Plaintes	Interventions		
2016-2017	↑ 795	338	↑ 716	283	2	593
2015-2016	697	342	677	289	7	729

On constate que le nombre de dossiers de plainte reçus durant la période a augmenté de 14 % cette année, passant de 607 dossiers au cours de l'année précédente à 795 dossiers de plainte cette année. Quant aux dossiers d'intervention reçus, nous retrouvons une faible diminution du nombre soit 338 demandes pour 2016-2017 comparativement à 342 pour 2015-2016.

## Comparatif des principaux motifs de plaintes

Tableau - Comparatif des principaux motifs de plaintes 2015-2016 et 2016-2017

Catégories d'objets	2015-2016				2016-2017			
	Plaintes	Interventions	Total	%	Plaintes	Interventions	Total	%
Accessibilité	130	49	179	15 %	183	59	242	18%
Aspect financier	76	20	96	8 %	70	18	88	6%
Droits particuliers	85	32	117	9 %	96	37	133	10%
Org. milieu et ressources	98	71	169	14 %	145	96	241	17%
Rel. interpersonnelles	243	43	286	23 %	207	62	269	20%
Soins et services	306	69	375	30 %	303	95	398	28%
Autres	2	2	4	1 %	1	1	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>940</b>	<b>286</b>	<b>1 226</b>	<b>100 %</b>	<b>1 055</b>	<b>368</b>	<b>1 373</b>	<b>100 %</b>

Nous constatons une diminution du motif de plainte en lien avec les relations interpersonnelles et les soins et services. Les efforts à faire connaître et respecter le code d'éthique ont certainement contribué à améliorer ces deux aspects auparavant hautement critiqués par les usagers.

En 2016-2017, nous avons dénombré un pourcentage plus élevé de plaintes en lien avec l'accessibilité. Concernant l'organisation du milieu et des ressources matérielles, l'augmentation est particulièrement due aux différents travaux de construction dans les installations ainsi que les stationnements enneigés avec l'hiver rigoureux que nous avons connu.

### Les mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services et du respect des droits des usagers

Une mesure peut prendre la forme d'une recommandation adressée par la commissaire, d'une mesure corrective applicable immédiatement ou d'un engagement d'un gestionnaire pour corriger ou améliorer une situation.

Une mesure peut être à portée individuelle ou systémique. La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour la personne concernée et vise à régler une situation particulière. La mesure à portée systémique vise à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service.

**Tableau – Bilan des mesures émises et réalisées, par mission**

Missions	Nombre de dossiers conclus durant l'exercice		Nombre de recommandations ou mesures émises	Nombre de recommandations ou mesures réalisées *	% de recommandations ou mesures réalisées
	Plaintes	Interventions			
CH	401	135	462	322	70 %
CHSLD	38	41	63	45	71 %
CLSC	110	40	128	89	70 %
CPEJ	82	14	52	35	67 %
CR	25	4	31	25	81 %
CIUSSS	7	1	0	0	0 %
RNI	12	9	16	11	75 %
OC	11	4	9	2	22 %
RPA	17	27	52	28	54 %
RHD	3	1	3	3	100 %
SPU	12	4	8	5	63 %
AUTRE	2	3	0	0	0 %
<b>CIUSSS MCQ</b>	<b>716</b>	<b>283</b>	<b>824</b>	<b>565</b>	<b>69 %</b>

Légende : **Gris** : Terminé | **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ

	<b>Gris</b>	<b>Vert</b>	<b>Jaune</b>	<b>Rouge</b>
<b>CIUSSS MCQ</b>	<b>565</b>	<b>132</b>	<b>127</b>	<b>0</b>

#### **Recommandations de la CPQS transmises au conseil d'administration du CIUSSS MCQ**

Des recommandations, qui visent à corriger certains objets de plainte assez fréquents et pour lesquels les mesures recommandées devraient permettre de réduire les insatisfactions à l'avenir, ont été émises :

- Élaborer un plan d'action permettant, lors des déclarations de dépassements de services; la mise en place de moyens palliatifs pour assurer la sécurité des usagers; assurer la relocalisation des usagers dans la ressource requise par sa condition dans les plus brefs délais; dans le cas où des mesures alternatives devraient être mises en place, prendre des moyens (audits) afin d'assurer l'efficacité et le respect de ces mesures afin d'assurer la sécurité des usagers; ex. : coussin sonore en place et fonctionnel, réponse au déclenchement de l'alarme sonore, etc.
- Élaborer un plan d'action afin d'assurer une réorientation balisée par une procédure, de la clientèle qui se présente à l'une des urgences du CIUSSS MCQ.
- Évaluer la possibilité d'instaurer à l'urgence un protocole de réorientation des usagers P4-P5, des usagers avec un médecin de famille.
- Donner accès aux physiothérapeutes et ergothérapeutes à la section « mobilisation » de *Médiplan* afin d'y inscrire directement leurs recommandations
- Rappeler le respect de l'article 2.4 de la Loi sur la protection de la jeunesse : «... de traiter les parents avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de leur dignité et de leur autonomie ».
- Élaborer une procédure encadrant le transport sécuritaire des enfants, principalement suite à une anesthésie, et de voir à la diffusion de cette procédure auprès du personnel concerné.

- Mise en place d'une stratégie de communication, au moment du placement en RI de l'enfant, afin d'assurer l'information au parent (père ou mère) intéressé par le suivi de l'enfant.
- Assurer le respect de la LSSSS, assurant la confidentialité d'un dépôt de la plainte à la CPQS incluant l'absence de notes au dossier médical de l'utilisateur à ce sujet.

**Vous pouvez consulter le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services sur le site Web de l'établissement au [www.ciussmccq.ca](http://www.ciussmccq.ca) sous l'onglet [Documentation/rapports annuels](#).**

## Médecin examinateur

### Bilan des dossiers de plainte conclus par les médecins examinateurs

Au cours de l'année 2016-2017, 92 dossiers de plainte ont été conclus par les médecins examinateurs comparativement à 100 l'année dernière. Une augmentation du nombre de plaintes est observée cette année, passant de 111 l'année dernière à 158 plaintes reçues, soit une hausse de 30 %.

**Tableau - Comparatif des dossiers de plainte conclus par les médecins examinateurs**

Nombre de dossiers conclus	2015-2016	2016-2017
	100	92

**Tableau - Comparatif des plaintes médicales rejetées**

Nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire : frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi.	2015 – 2016	2016 - 2017
	3	5

**Tableau - Comparatif du délai de traitement des dossiers de plainte médicale**

	2015 – 2016	2016 - 2017
<b>Délai moyen pour le traitement des plaintes (jours)</b> (date de réception de la plainte à l'envoi de la conclusion aux plaignants)	67 jours	143 jours (7 % < 45 jours)
<b>Délai moyen pour le traitement des plaintes (jours)</b> (date d'assignation au médecin examinateur à l'envoi de la conclusion aux plaignants)	67 jours	70 jours (38 % < 45 jours)

### État des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon :

#### 1. La répartition des motifs de plaintes médicales

Le tableau suivant présente le comparatif des motifs de plaintes médicales par motifs. Les 131 motifs de plaintes ayant nécessité l'intervention des médecins examinateurs ont donné lieu à la formulation de 67 mesures d'amélioration.

**Tableau - Répartition des motifs de plaintes médicales par catégories d'objets**

Catégories d'objets	2015-2016	2016-2017
Accessibilité	15	6
Aspect financier	0	1
Droits particuliers	20	11
Milieu et ressources	0	0
Relations interpersonnelles	40	40
Soins et services dispensés	70	72
Autres	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>131</b>

**2. Les mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services et du respect des droits des usagers (plaintes médicales)**

**Tableau - Bilan des mesures émises et réalisées, par missions (plaintes médicales)**

Missions	Nombre de plaintes conclues durant l'exercice	Nombre de recommandations ou mesures émises	Nombre de recommandations ou mesures réalisées	% de recommandations ou mesures réalisées
CH	86	67	52	78 %
CHSLD	1	0	0	
CLSC	5	0	0	
CR	0	0	0	
<b>CIUSSS MCQ</b>	<b>92</b>	<b>67</b>	<b>52</b>	<b>78 %</b>

**Bilan des activités du comité de révision**

Tel qu'il est prévu par la loi, pour les plaintes médicales, une personne peut se prévaloir de son droit de recours en deuxième instance auprès du comité de révision de l'établissement. Aussi, 5 des 92 dossiers de plainte médicale conclus par les médecins examinateurs ont été transmis au comité de révision de l'établissement.

**Tableau – Bilan des activités du comité de révision**

Nombre de dossiers reçus	5
Nombre de réunions	Prévues : 3 Tenues : 4
Taux de participation	100 %

# IMPLANTATION DE LA LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

En juin 2014, l'Assemblée nationale du Québec adoptait la Loi concernant les soins de fin de vie. Cette loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie et précise leurs droits à cet effet. L'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie est une obligation qui assure que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité et adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances.

Le CIUSSS MCQ s'est conformé aux exigences de la Loi pour en assurer sa mise en vigueur à compter du 10 décembre 2015. En 2016-2017 les travaux avaient comme objectif de consolider la nouvelle offre de service, notamment :

1. Par la poursuite des activités du groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à l'aide médicale à mourir.
  - Le GIS est composé de 13 membres dont trois médecins, un représentant de la DSP, un pharmacien, deux infirmières cliniciennes, un conseiller-cadre en pratique sociale, un responsable de l'éthique, un responsable des affaires juridiques, un représentant d'une maison de soins palliatifs, une conseillère cadre et de la répondante des soins palliatifs et de fin de vie. Cinq rencontres du GIS se sont tenues en 2016-2017.
2. En s'assurant de la formation des intervenants, des partenaires et des bénévoles au regard des soins palliatifs et de fin de vie. Le plan de développement des compétences en SPFV s'articule autour de trois volets et vise le rehaussement des compétences attendues de chaque type d'intervenants impliqués en SPFV.
  - Volet 1 - Formation sur les composantes de la Loi concernant les soins de fin de vie
    - Nombre de personnes ayant reçu une accréditation (capsules du MSSS) : 119
    - Nombre de personnes ayant assisté à des séances d'information sur la Loi (intervenants du soutien à domicile) : 115
  - Volet 2 - Formation générale sur l'approche palliative et la pratique collaborative
    - Nombre de personnes formées : 468
    - Centre hospitalier : 237
    - CHSLD : 26
    - Soutien à domicile : 205
  - Volet 3 - Formation spécifique, par profil d'intervenant (Priorité 2016-2017 : préposé aux bénéficiaires (PAB) en CHSLD)
    - Nombre de mentors PAB formés : 49
    - Nombre de PAB ayant obtenu une attestation de réussite : 108
  - Séances d'information donnée par le groupe interdisciplinaire de soutien sur l'aide médicale à mourir GIS auprès des médecins et pharmaciens.
    - Nombre de médecins et spécialistes rencontrés : 211
    - Nombre de pharmaciens rencontrés : 41
3. Par la certification des trois maisons de soins palliatifs de notre territoire et par l'accompagnement offert aux membres du conseil d'administration de la Maison des Trois Colombes en vue de l'ouverture de cette maison en janvier 2018.
4. Par l'application d'une démarche structurée d'évaluation de la qualité de l'acte en collaboration avec le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).
5. Par la mise en place d'un comité de coordination régionale regroupant tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre d'actions structurantes du programme de soins palliatifs et de fin de vie pour améliorer le repérage, l'accès aux services, la continuité et la fluidité des continuums, le maintien de la personne dans son milieu de vie, reconnaître et soutenir les proches aidants et assurer la qualité des services offerts.

## Application de la Politique concernant les soins de fin de vie

Période du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		CH	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie**	<b>Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de donnée : GESTRED 514, admissions dans les lits de soins palliatifs du 20 septembre 2015 au 31 mars 2016 et du 1 <sup>er</sup> avril au 17 septembre 2016 <u>Note:</u> Sont exclues les personnes en soins palliatifs et de fin de vie hors unités de soins palliatifs.	956				N/A
	<b>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 2015 au 9 décembre 2016</b> <b>Informations complémentaires :</b> Sources de données : CLINIBASE du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016 et du 10 juin au 9 décembre 2016		1 176			N/A
	<b>Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour la période du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de données : I-CLSC			2 243		N/A
	<b>Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs pour la période du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de données : statistiques périodiques maison de soins palliatifs				356	N/A
Sédation palliative continue	<b>Nombre de sédations palliatives continues administrées</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de données : <i>Formulaire de consentement à la sédation palliative continue — AH-880 DT9231 (2015-12)</i>	15	6		3	24
Aide médicale à mourir	<b>Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de données : <i>Formulaire de demande d'aide médicale à mourir — AH-881 DT9232 (2015-12)</i>	26	1	6	2	35
	<b>Nombre d'aides médicales à mourir administrées</b> <b>Informations complémentaires:</b> Source de données: <i>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)</i>	21		4		25
	<b>Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de données : <i>Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1— AH-882-2 DT9233 (2015-12)</i> <b>Motifs :</b> Un usager décédé avant l'administration, trois usagers ayant volontairement retiré leur demande et 6 usagers ne rencontraient pas les critères	5	1	2	2	10

\*Signalons que les données pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016 avaient été présentées dans le rapport annuel 2015-2016 du CIUSSS MCQ.

# RESSOURCES HUMAINES

## Démarche Entreprise en santé

Le déploiement de la démarche Entreprise en santé qui vise à maintenir et à améliorer la santé globale du personnel par la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles va bon train. L'année 2016-2017 a été marquée par un important sondage auquel ont répondu 7 904 employés sur une population totale de 16 975, donc un taux de réponse de 46,6 %! L'adoption d'une politique de santé et mieux-être ainsi que la mise sur pied d'un comité coordonnateur et de trois sous-comités ont permis de confirmer l'engagement du CIUSSS et l'intérêt qu'il porte à ses ressources humaines. Le plan d'action issu de ce vaste exercice de consultation verra le jour en 2017-2018.

## Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

Comparaison sur 364 jours pour avril à mars						
2014-04-06 au 2015-04-04				2016-04-03 au 2017-04-01		
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
	<b>Variation</b>	<b>(15,9 %)</b>	<b>(39,2 %)</b>	<b>(15,9 %)</b>	<b>(15,9 %)</b>	<b>(11,3 %)</b>
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
	<b>Variation</b>	<b>2,6 %</b>	<b>(5,5 %)</b>	<b>2,6 %</b>	<b>2,6 %</b>	<b>2,0 %</b>
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
	<b>Variation</b>	<b>(0,1 %)</b>	<b>3,2 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>(0,2 %)</b>	<b>(1,1 %)</b>
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
	<b>Variation</b>	<b>(1,2 %)</b>	<b>25,0 %</b>	<b>(0,8 %)</b>	<b>(1,2 %)</b>	<b>(1,2 %)</b>
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
	<b>Variation</b>	<b>(2,7 %)</b>	<b>12,8 %</b>	<b>(2,4 %)</b>	<b>(2,8 %)</b>	<b>(2,1 %)</b>
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
	<b>Variation</b>	<b>(29,4 %)</b>	<b>19,0 %</b>	<b>(29,3 %)</b>	<b>(29,4 %)</b>	<b>(35,8 %)</b>
<b>Total du personnel</b>	<b>2014-15</b>	<b>24 927 274</b>	<b>482 166</b>	<b>25 409 440</b>	<b>13 581</b>	<b>17 749</b>
	<b>2015-16</b>	<b>24 616 426</b>	<b>453 843</b>	<b>25 070 269</b>	<b>13 412</b>	<b>17 375</b>
	<b>2016-17</b>	<b>24 608 945</b>	<b>540 801</b>	<b>25 149 746</b>	<b>13 404</b>	<b>17 457</b>
	<b>Variation</b>	<b>(1,3 %)</b>	<b>12,2 %</b>	<b>(1,0 %)</b>	<b>(1,3 %)</b>	<b>(1,6 %)</b>

Comparaison sur 364 jours pour avril à mars						
		2014-04-06 au 2015-04-04			2016-04-03 au 2017-04-01	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus

**Cible 2016-2017 en heures  
rémunérées**

25 161 353

**Écart à la cible - en heures**

(11 607)

\* Ce chiffre inclut les pré-retraites et les maladies longue durée. Le nombre de cadres réel est de 493. Trois cadres temporaires travaillent sur les projets suivants : le Dossier clinique informatisé *Cristal-Net*, l'enquête de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse et la fusion des systèmes et harmonisation des pratiques et processus des activités de remplacement.

---

# **PRIX, RECONNAISSANCE ET RAYONNEMENT**



## Prix et reconnaissance

### Mon Jardin Urbain : Adapté!

Depuis le mois d'avril 2016, des usagers fréquentant un centre d'animation pour la clientèle ayant une DI du CIUSSS MCQ, expérimentent l'art du jardinage. Mais il s'agit ici d'un type particulier : un jardinage adapté. La première particularité de ce jardinage est qu'il se fait uniquement à l'intérieur à l'aide d'un système d'éclairage et de bacs spécialisés. La seconde particularité concerne les jardiniers. Il s'agit en fait de personnes présentant des handicaps physiques importants, des capacités motrices limitées et/ou une DI de moyenne à sévère.



Rangée du bas de gauche à droite : Marie-Pier Thibault-Blier, assistante en réadaptation, Valérie, Luc Jutras, propriétaire de Mon jardin Urbain, Michel Bouchard, ouvrier de maintenance du CIUSSS MCQ.  
Rangée du haut de gauche à droite : Marc, Micheline Lefebvre, assistante en réadaptation, Roxanne, Marc-André, Carol'Lyne Lajoie assistante en réadaptation, Linda Bell, assistante en réadaptation, Mégan Gagné-Bouchard, éducatrice spécialisée, Julie et Samuel.



Rassemblés à l'Île Saint-Quentin à Trois-Rivières, on retrouve les récipiendaires : M. Kaven Bruneau, infirmier coordonnateur à la gestion des lits et à l'efficacité clinique à l'hôpital du Centre-de-la-Mauricie (HCM), M<sup>me</sup> Andrée Richard, ASI et représentante de l'équipe du 4<sup>e</sup> HCM, M<sup>me</sup> Lucie Tremblay, présidente de l'OIIQ, M. Stéphane Gagnon, directeur de succursale à la Banque Nationale du Canada, M<sup>me</sup> Sonia Vivier chef d'unité de médecine HCM et M<sup>me</sup> Marie-Andrée Gauthier, présidente de l'ORIMCQ. Absent sur la photo : Dr Patrick Houle, omnipraticien HCM.

### Prix Innovation clinique Banque Nationale 2016 | Quatuor : Un projet qui propulse le leadership infirmier!

Le prix *Innovation clinique Banque Nationale 2016* a été décerné le 11 mai 2016 dans le cadre de l'Assemblée générale annuelle de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Mauricie et du Centre-du-Québec (ORIIMCQ) au projet intitulé Quatuor qui s'adresse à la clientèle hospitalisée en médecine familiale de l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie. Mené en cogestion médicale, le projet s'est démarqué par son remarquable potentiel d'optimisation du leadership infirmier et de la concertation interprofessionnelle. Tout milieu clinique pourrait en effet bénéficier d'un travail en Quatuor.

### Carrefour des pratiques 2016 : Une participation record!

Le 2 juin 2016 avait lieu la 8<sup>e</sup> édition du Carrefour des pratiques en violence conjugale et agressions sexuelles à l'Hôtel des Gouverneurs à Trois-Rivières. Près de 200 partenaires œuvrant auprès de la clientèle touchée par ces problématiques étaient présents. Cette journée record en termes de participation et mettant en valeur notre expertise régionale fût un grand succès.



Le comité organisateur et les scientifiques invités, de gauche à droite : Dr Martin Girard, Intensiviste et anesthésiologiste CHUM Université de Montréal, Dr Brian Grondin-Beaudoin, Interniste et pneumologue CHUS Université de Sherbrooke, Dr André Denault, Intensiviste et anesthésiologiste CHUM Université de Montréal, Gilles Hudon, Directeur des services multidisciplinaires au CIUSSS MCQ, Denise Champoux, adjointe administrative, CIUSSS MCQ, Dr Alexandros Cavayas, Intensiviste Université de Montréal, Dre Gabrielle Migner-Laurin, interniste et intensiviste, Cité-de-la-santé, Dr Emmanuel Charbonney, intensiviste au CIUSSS MCQ - Centre hospitalier affilié universitaire régional. Absente sur la photo : Dre Marie-Josée Bériault, intensiviste au CIUSSS MCQ - CHAUR

### Symposium régional de soins critiques : l'échographie pulmonaire démystifiée

Une quarantaine de médecins ont participé au Symposium régional de soins critiques portant sur l'échographie pulmonaire en soins critiques le 11 juin 2016, à l'UQTR. Cette formation de pointe était organisée par la Société des intensivistes de Trois-Rivières et le CIUSSS MCQ. La présence d'experts de renom, tels Dr André Denault, Dr Brian Grondin-Beaudoin et Dr Martin Rivard, fut fort appréciée. En après-midi, les participants ont même pu effectuer des ateliers pratiques, notamment sur des corps du laboratoire d'anatomie de l'UQTR.

### Virée des mères à la Virée du maire!

La *Virée du Maire de Trois-Rivières*, qui a eu lieu le 12 juin 2016 à Trois-Rivières, a accueilli 8 participantes de la Virée des mères. Il s'agit d'un groupe composé de mamans qui ont participé au défi de 5 kilomètres de course à pied ou de 30 km à vélo. Ainsi, pour une 3<sup>e</sup> année consécutive, ce défi a été lancé par deux travailleuses sociales du CIUSSS MCQ soit Marie-Eve Gagnon et Caroline Althot. Les participantes à la Virée des mères sont des parents d'enfants entre 0 et 5 ans qui bénéficient de programmes du CIUSSS MCQ pour les soutenir dans une démarche qui se veut porteuse de changements positifs en lien avec leur santé et leur bien-être.



Olivier Tardif, kinésologue, Marie-Eve Gagnon, travailleuse sociale, Jessica Dubois, participante, Caroline Althot, travailleuse sociale, Lucie Bussièrès, participante, Andréanne Racine, participante, Lydia Tremblay, participante. De gauche à droite, rangée du bas: Micheline Désilets, participante, Jessy Brière, participante, Stéphanie Poirier, participante.



Le comité organisateur, de gauche à droite : Isabelle Hébert, Michel Bourassa, Johanne Proulx, Fernand Gignac, Jenny Ross, Claude Jasmin, Michelle Croteau, Patricia Milot, Émilie Cloutier et Frédéric Guilbault. À l'avant : Lorraine Charbonneau, madame Gariépy et Christian Delisle. Absente sur la photo : Annie Murray

### Dîner des chefs 2016 – Une expérience hors du commun!

Le vendredi 7 octobre 2016, près de 130 résidents hébergés dans 11 CHSLD de Trois-Rivières, de Bécancour, de Nicolet-Yamaska et de Maskinongé ont eu l'occasion de déguster un bon repas lors du Dîner des chefs. Fiers d'être présents, bien vêtus pour l'occasion et affichant tous de jolis sourires, les résidents étaient heureux de cette fête qui leur permettait de passer un moment avec leur famille ou leurs amis de résidence.

### Trois organismes en santé mentale rattachés au CIUSSS MCQ reçoivent un appui financier du Fonds communautaire Bell Cause pour la cause

Le 12 octobre 2016, Bell Cause pour la cause remettait un appui financier provenant de son Fonds communautaire à cinq organismes de la région pour un montant total de 98 000 \$ dont trois provenant de notre région. Ainsi, la Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska a reçu 15 000 \$, la Fondation Santé Bécancour-Nicolet-Yamaska a reçu 25 000 \$ et l'organisme communautaire Point de Rue de Trois-Rivières a reçu 25 000 \$, rattachés au CIUSSS MCQ, ont bénéficié d'un soutien pour des services en santé mentale.



M. Jean-Denis Girard, député de Trois-Rivières, Mme Roxanne Proulx, Centretien Nicolet, M. Philippe Malchelosse, Pointe de Rue, M. Paul Lacoursière, Bell cause pour la cause, Mme Geneviève Provost, Service d'intégration au travail de la Mauricie, Mme Danielle Gamelin, Fondation Santé Bécancour-Nicolet-Yamaska, M Normand Vachon, chef de service – santé mentale de proximité à Nicolet et Mme Jacynthe Vallée, directrice générale de la Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska.



### Activité reconnaissance pour souligner les 25 ans de service pour des employés du CIUSSS MCQ

À Drummondville, le jeudi 3 novembre 2016, plus de 63 personnes ont été fêtées pour leurs 25 ans de service dans le réseau de la santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Regroupés par anciens établissements, les jubilaires étaient accompagnés de leur gestionnaire qui leur remettait une montre pour cette occasion.

Les membres du comité organisateur : Nancy Boudreault, Denise Trépanier, Christiane Lemaire, Benoît LaRue, Laurence Bouvet et Lise Bouchard.



### Mini Défi : une compétition sportive valorisante pour des enfants présentant une déficience physique, visuelle ou auditive

La 7<sup>e</sup> édition du Mini-Défi a permis, le 12 novembre 2016, à plus de 70 enfants âgés entre 5 et 21 ans de vivre une expérience unique de dépassement de soi à travers cette compétition sportive. Celle-ci réunissait des jeunes de Trois-Rivières, de Shawinigan, de Victoriaville et de Drummondville ayant une déficience motrice, visuelle ou auditive. Le Mini-Défi est rendu possible grâce à l'implication de nombreux intervenants des services de réadaptation physique, des étudiants du Collège Laflèche inscrits

au programme de Techniques d'intervention en loisirs, de l'Unité régionale du loisir et du sport de la Mauricie (URLS), l'école primaire de L'Académie-Sportive/ Édifice de la Voltige de Trois-Rivières, de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et de la Fondation InterVal. Bravo à l'équipe de Drummondville, couronnée victorieuse!



### Un projet collectif de Victoriaville lauréat d'un *Prix À part entière* 2016

Le 18 novembre 2016, à la salle du Conseil législatif de l'hôtel du Parlement de Québec, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) a procédé à la remise du *Prix À part entière* 2016. Le projet d'un premier circuit d'appareils de conditionnement physique inclusif à Victoriaville, créé d'un partenariat tripartite comprenant CIUSSS MCQ, la Ville de Victoriaville et le centre de conditionnement physique Maxi-Forme, a capté l'attention du jury, qui lui a décerné le prix dans la catégorie Ministères et leurs réseaux, organismes publics et parapublics.

On aperçoit les récipiendaires en compagnie de madame Lucie Charlebois, présidente d'honneur, et monsieur Stéphane Laporte, porte-parole, auteur et concepteur. À l'arrière, on reconnaît M. Pierre Galarneau, propriétaire du Gymnase Maxi-forme à Victoriaville, 2<sup>e</sup> à gauche et Mme Lyne Girard - Directrice générale adjointe programmes sociaux et réadaptation et directrice du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique du CIUSSS MCQ (avec les fleurs).



### Nomination de Dre Marie-Hélène Girouard : Vice-doyenne associée au Campus de l'Université de Montréal en Mauricie

La Faculté de médecine de l'Université de Montréal a annoncé la nomination de la Dre Marie-Hélène Girouard à titre de vice-doyenne associée au Campus de l'Université de Montréal en Mauricie. Elle est professeure adjointe de clinique au Département de chirurgie et détient un doctorat en médecine de l'Université de Montréal et un certificat de spécialiste en chirurgie générale du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Elle pratique la chirurgie au Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) de Trois-Rivières depuis 1994. Dre Girouard succède à Dr Réjean Duplain qui occupait les fonctions de directeur du Campus Mauricie, puis de vice-doyen au soutien académique et au Campus Mauricie.

Le prix hommage du Colloque de traumatologie a été décerné à M<sup>me</sup> Lise Lebel de la Fondation Katherine Beaulieu, qui multiplie les occasions de sensibilisation auprès de tous les groupes d'âge afin de contrer la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool ou les stupéfiants. Conférences, ateliers, affichage, présences dans les soirées de toutes sortes avec des éthylomètres sont autant de moyens que M<sup>me</sup> Lebel et son équipe utilise pour rejoindre la population.



De gauche à droite : M. Marcel Rheault, chef des trajectoires urgence et approche alternative à l'hospitalisation, Mme Nathalie Boisvert, directrice adjointe – Urgences et soins critiques, Mme Lise Lebel de la Fondation Karine Beaulieu et Dre Audrey Garceau, omnipraticienne urgentologue.

## Le Comité des usagers de Maskinongé remporte le Prix « Information » 2016

Les Prix du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) soulignent l'excellence dans la prestation de service de ses membres selon les quatre fonctions principales du mandat des comités : l'information, la promotion, l'accompagnement et la défense des droits. Dans la catégorie des comités ayant un budget annuel de moins de 25 000 \$, le Comité des usagers de Maskinongé a mérité le Prix « Information » pour la mise en place d'initiatives promotionnelles, notamment la parution de publicités dans l'hebdo local distribué dans 12 000 foyers et l'insertion d'un dépliant du comité dans le Publisac.



De gauche à droite, M. François Paradis, député de Lévis et porte-parole du deuxième groupe d'opposition en matière de santé et de services sociaux, M<sup>me</sup> Marie Montpetit, députée de Crémazie et adjointe parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Normand Jutras, curateur public du Québec, M<sup>me</sup> Nicole Larose, M. Paul Haché, M<sup>me</sup> Nicole Deshaies et M. Alexandre Morin, membres du Comité des usagers de Maskinongé, M. Claude Ménard, président du RPCU et M<sup>me</sup> Diane Lamarre, députée de Taillon et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et d'accessibilité aux soins. Photo : Claude Guillet. Gracieuseté RPCU.



On reconnaît à l'avant, la petite Angéline Lamy, 5 ans, Enfant Soleil de la Mauricie en compagnie d'Annie Brocoli et de Maxime Landry, les porte-parole d'Opération Enfant Soleil. De gauche à droite, M<sup>mes</sup> Danièle Héroux, directrice de Maternaide Québec, Sylvie Tousignant, chef de service en périnatalité, Barbara Paquet, responsable des sages-femmes, M. Gaétan Boivin, président de la Fondation RSTR, M<sup>mes</sup> Danielle Gamelin, présidente de la Fondation Santé Bécancour-Nicolet-Yamaska, des représentants du CPE Margo La Lune, M. Patrick Théorêt, président de la Fondation InterVal, M<sup>me</sup> Julie Gagnon, directrice générale de la Fondation InterVal, M. Eric Bellefeuille, administrateur à la Fondation InterVal, Dre Marie-Claude Nadeau, pédiatre au CHAUR, M<sup>me</sup> Nathalie Garon, directrice du Programme jeunesse-famille et M<sup>me</sup> Nathalie Perreault, directrice adjointe – Périnatalité.

## Tournée provinciale d'Opération Enfant Soleil : Sept installations du CIUSSS MCQ reçoivent des octrois pour améliorer les services pour les enfants

En mars et avril 2017, Opération Enfant Soleil a fait une tournée de notre région et a versé des octrois au Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières (72 917 \$), à la Maison de naissance de la Rivière (17 925 \$), à la Fondation InterVal du CIUSSS MCQ (3 382 \$), à l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie à Shawinigan (18 558 \$), au Centre de services du Haut-Saint-Maurice (27 994 \$), à l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville (19 245 \$) et à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska à Victoriaville (44 150 \$). À ce jour, un montant de 3 257 117 \$ a été attribué par Opération Enfant Soleil dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec afin d'offrir les meilleurs soins aux enfants ainsi qu'une qualité de vie optimale en période d'hospitalisation grâce à l'aménagement d'espaces favorables à leur guérison.

## Bons coups



### Happening CEPI : Une formule novatrice pour recruter des étudiants en soins infirmiers

La tenue du premier Happening CEPI, qui visait à recruter des étudiants en soins infirmiers, s'est déroulée les 6-10 et 11 janvier derniers au Centre des congrès de l'hôtel Monfort de Nicolet. Au cours de ces trois journées de recrutement intensif, une quarantaine de professionnels du service d'attraction et acquisition des talents et de la direction des soins infirmiers du CIUSSS MCQ ont participé à l'évaluation de plus 200 étudiants et ainsi procédé à des embauches de candidats à l'exercice de

la profession d'infirmière (CEPI) et d'externes en soins infirmiers. Chapeau au comité organisateur qui a su organiser rapidement cet événement d'envergure et à l'ensemble des personnes impliquées qui, par leur dévouement, ont contribué à la réussite de cette activité de recrutement!

## La biométrie implantée dans toutes les urgences du CIUSSS MCQ pour diminuer les délais!

Pour répondre à la mesure qui consiste à « La diminution des délais associés aux consultations spécialisées demandées au service d'urgence d'un établissement », le CIUSSS MCQ a choisi d'instaurer un profil simplifié dans le système d'information SIURGE (système utilisé dans ses urgences), afin que les médecins spécialistes ou les consultants puissent saisir eux-mêmes la réalisation des consultations auprès des patients. Cette action permet d'avoir un temps réel de prise en charge des patients et donc, une diminution des délais.



Dre Caroline Moreau, médecin à l'urgence de Drummond, qui utilise la biométrie.



## Démarche d'amélioration continue : un projet en santé mentale qui se démarque!

La stratégie de déploiement de l'amélioration continue a permis, dans la dernière année, de développer la capacité de l'organisation à agir de manière proactive sur sa performance. Parmi tous les projets issus de la certification celui de Mesdames Julie Barabé, Julie Desaulniers et Dany Jolicoeur, de la Direction du programme santé mentale adulte et dépendance (DPSMAD) s'est particulièrement démarqué lors de sa présentation au colloque annuel organisé par la Communauté virtuelle de pratique en amélioration continue (CvPAC). La diminution du délai d'attente pour l'accès à un premier service en santé mentale adulte, par l'optimisation du processus de référence et de traitement des demandes a, entre autres, permis de faire passer le délai d'attente de 44 à 27 jours soit en dessous de la balise ministérielle (30 jours). Il est d'ailleurs souhaité que l'ensemble des trajectoires en santé mentale adulte soit harmonisées d'ici un an afin que les équipes et les usagers de tous les territoires du CIUSSS MCQ puissent en retirer les bénéfices.

## Journée de formation des leaders médicaux et des cadres supérieurs cliniques : une 1<sup>re</sup> édition concluante!



C'est sous le thème *La cogestion médicale : un partenariat à développer* que se sont réunis 61 médecins et cadres supérieurs cliniques le 9 décembre 2016. L'activité avait pour but de développer et d'enrichir les connaissances des participants face à la gestion ainsi qu'à la structure de gouvernance médicale. Le Dr Christian Vinette, directeur des services professionnels et de la pertinence clinique, M<sup>me</sup> Maude Argouin, M. Ludovick Valéra, de la DQEPE et le Dr Martin Arata, PDG de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (ACMDP) étaient les présentateurs.

## Le [www.rechercheiuditsa.ca](http://www.rechercheiuditsa.ca) : Une vitrine virtuelle pour faire connaître les chercheurs de l'Institut universitaire en DI et en TSA et leurs travaux et un nouveau positionnement

À l'image de sa vision d'Institut : un positionnement « pour tous et par tous ceux qui veulent contribuer », l'Institut universitaire en DI et en TSA, de par son évolution et la transformation du réseau, a renouvelé son positionnement afin qu'il reflète davantage sa mission provinciale.



## La communauté de La Tuque se mobilise pour implanter des DEA et offrir la formation « Héros en 30 »

Afin que les citoyens du Haut-Saint-Maurice puissent intervenir rapidement lorsqu'ils sont témoins d'un arrêt cardiaque, la Ville de La Tuque, le CIUSSS MCQ, des partenaires et des citoyens de la communauté ont uni leurs efforts. Six défibrillateurs externes automatisés (DEA) sont nouvellement disponibles dans des lieux publics et des formations gratuites « Héros en 30 », une version simplifiée du programme de réanimation cardiorespiratoire (RCR), sont présentement offertes à la population.



Plusieurs partenaires et citoyens ont adhéré au projet pilote, dont voici les membres du comité de mise en œuvre : M<sup>me</sup> Julie Massicotte, conseillère en communication au CIUSSS MCQ, M<sup>me</sup> Hélène Langlais, directrice des communications de Ville de La Tuque, M<sup>me</sup> Chantal Guay, agente de planification et de communication au CIUSSS MCQ, M<sup>me</sup> Guylaine Asselin, coordonnatrice du RLS de santé et bien-être du Haut-Saint-Maurice, le Dr François Parent, directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence au CIUSSS MCQ, M. Dominic St-Arnaud, coordonnateur des activités au CCS MCQ, M<sup>me</sup> Louise Prince, membre de la communauté, M<sup>me</sup> Caroline Bérubé, Fondation pour la santé du Haut-Saint-Maurice, M. Jean-François Lupien, agent de planification, de programmation et de recherche aux services préhospitaliers du CIUSSS MCQ, M. Serge Buisson, directeur du Service de sécurité incendie de Ville de La Tuque, M. Jimmy Lessard, technicien ambulancier BTAQ, M. Serge Mathieu, parrain du projet et M. André Vézina, chef de division des opérations du Service de sécurité incendie de Ville de La Tuque. Absente : M<sup>me</sup> Christine Jean, directrice générale du Centre d'amitié autochtone de La Tuque.



M<sup>me</sup> Myriam Rousseau, chercheuse à l'Institut universitaire en DI et en TSA, M<sup>me</sup> Nathalie Magnan, directrice adjointe continuum santé et bien-être en DI-TSA-DP au CIUSSS MCQ, M. Jean-Claude Kalubi, directeur scientifique de l'Institut universitaire, M<sup>me</sup> Marlène Galdin, directrice administrative de l'enseignement universitaire et de la recherche du CIUSSS MCQ et directrice responsable de l'Institut universitaire et M. Martin Beaumont, président-directeur général du CIUSSS MCQ.

## L'ABC du comportement d'enfants ayant un TSA : des parents en action! Pour des interventions prometteuses en autisme

L'Institut universitaire en DI et en TSA, rattaché au CIUSSS MCQ a procédé, le 29 avril dernier, au lancement du programme novateur : *L'ABC du comportement d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme : des parents en action!* Fruit d'une collaboration de différentes auteures, soit M<sup>mes</sup> Céline Clément et Jennifer Ilg de l'Université de Strasbourg en France et de M<sup>me</sup> Myriam Rousseau de l'Institut universitaire en DI et en TSA, ce programme spécialisé s'adresse aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux en vue de soutenir les parents d'enfant ayant un TSA.

## Implication des usagers ressources

À l'automne 2016, le projet « Processus d'implication des usagers ressources » élaboré au CIUSSS MCQ a été retenu comme modèle de référence par l'Institut National sur la Sécurité des Patients. Une belle reconnaissance pour notre région!

## Projet « Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles »

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017, le projet « Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles » est déployé sur les unités de médecine (5A et 8A) de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska. Les usagers peuvent, s'ils le souhaitent, désigner les membres de leur famille ou de leurs proches pouvant demeurer sans restriction à leur côté pendant la durée de l'hospitalisation. Cette bonne pratique est initiée par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) et le CIUSSS MCQ fait partie des 14 équipes sélectionnées au Canada pour la mise en œuvre de ce projet dont seulement quatre proviennent du Québec. À partir de juin 2017,



Karine Boulé Chef d'unité de médecine générale, Martin D'amour Directeur adjoint à la DQEPE, Denise Doré Chef d'unité de médecine générale, Rose-Aimée Daigle et Michel Bernier proches aidants.

l'établissement procédera à l'évaluation des impacts de ce projet pour les usagers, leurs proches, les membres du personnel, les médecins et les gestionnaires concernés. Selon les résultats, le souhait est d'adopter et d'appliquer la politique et la procédure concernant la présence des proches aidants dans l'ensemble des centres hospitaliers du CIUSSS MCQ.

### Résidents en pharmacie : le CIUSSS MCQ des plus attractifs

Le 10 juin 2016, le CIUSSS MCQ participait à la Journée carrière des résidents en pharmacie de l'Université Laval afin de rayonner auprès de candidats potentiels pour son département de pharmacie. C'est à Québec que les ambassadrices de l'organisation, soit M<sup>mes</sup> Caroline Bellemare et Joëlle Provencher, pharmaciennes du CIUSSS, se sont déplacées afin de tenter de recruter ces futurs pharmaciens hospitaliers.



M<sup>me</sup> Joëlle Provencher (à gauche), pharmacienne, posant fièrement avec deux futurs pharmaciens d'établissements.



M<sup>me</sup> Christine Laliberté, directrice du programme santé mentale adulte et dépendance du CIUSSS MCQ, M<sup>me</sup> Johana Monthuy-Blanc, directrice du Laboratoire Loricorps de l'UQTR, M. Martin Beaumont, président-directeur général du CIUSSS MCQ et M. Daniel Mc Mahon, recteur de l'UQTR.

### Programme Loricorps : un projet novateur pour les troubles du comportement alimentaire

Le 2 novembre 2016 avait lieu le lancement d'un programme d'intervention novateur auprès des personnes présentant des troubles du comportement alimentaire (TCA). Les personnes présentant ces problématiques peuvent compter sur une nouvelle expertise avec la mise sur pied du programme Loricorps, offert depuis le début de l'automne à la Clinique universitaire de services psychologiques de l'UQTR. Ce projet est le fruit d'une importante collaboration entre le laboratoire Loricorps de l'UQTR et le CIUSSS MCQ.

### 150 voix unies dans une charte pour des technologies inclusives en DI et en TSA

Au terme de la 3<sup>e</sup> édition de la Journée technoclinique organisée le 16 juin 2016 par l'Institut universitaire en DI et en TSA et le Centre de partage d'expertise en intervention technoclinique (CPEITC), une charte pour des technologies inclusives a été lancée auprès de quelque 700 personnes à travers tout le Québec et même ailleurs dans la francophonie. Les réflexions partagées par 150 participants ayant une expertise sur différents enjeux vécus par les personnes présentant une DI ou un TSA ont en effet permis de formuler 10 recommandations visant à favoriser l'inclusion numérique de ces personnes.



Comité organisateur : M. Paul Guyot, conseiller cadre en transfert et valorisation des connaissances, DEURI; M<sup>me</sup> Sonia Dany, agente de planification, de programmation et de recherche, M<sup>me</sup> Marilyn Guévremont, agente administrative en transfert et valorisation des connaissances, DEUR; Jeannie Roux, agente de planification, de programmation et de recherche et conseillère technoclinique, Programme DI-TSA-DP; M. Dany Lussier-Desrochers, professeur titulaire au Département de psychoéducation de l'UQTR et directeur général du CPEITC et M<sup>me</sup> Lucie Lemire, cadre intermédiaire en communication-transitoire, DRHCAJ. Soulignons aussi la contribution de M<sup>me</sup> Marie-Hélène Poulin (2<sup>e</sup> en partant de la droite sur la photo), professeure à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, chercheuse à l'Institut universitaire, qui a animé la journée de main de maître et de M<sup>me</sup> Maude Bourgeois, agente d'information à la DRHCAJ, qui a assuré les relations publiques en lien avec l'événement (absente sur la photo).

---

# **DONNÉES OPÉRATIONNELLES ET FINANCIÈRES**



# TABLEAUX DE BORD ET BILAN DES ENTENTES DE GESTION

## Les attentes spécifiques 2016-2017

La performance du CIUSSS MCQ au niveau du chapitre III de l'EGI se résume par l'atteinte de 18 attentes spécifiques sur les 23 que contient l'EGI. Concernant les 5 autres attentes, 3 ont été reporté ou annulé et 2 ne sont pas atteintes. Au chapitre IV, 28 indicateurs (57,1 %) sont en atteinte de l'engagement sur les 49 indicateurs inclus dans l'EGI ainsi que dans l'addenda.

Section 1 : Santé publique		
N° Titre et description de l'attente spécifique	État	Commentaires
1.1 - Bilan des activités réalisées  Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et 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.	Non réalisée à 100 %	
	Si non réalisée à 100 %	
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>
	Des démarche sont en cours afin d'éclaircir les contours du budget en santé publique (en lien avec l'optimisation de 2,3 millions). La démarche d'élaboration de la mise en œuvre du PARSP est en cours. La démarche est complexe compte tenu qu'elle implique plusieurs partenaires (internes et externes). L'échéance pour l'élaboration est prévue au début juillet.	50 % <b>Date</b> 14 juillet 2017
<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>
1.2 - Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales  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 la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des	Réalisée à 100 %	Dates de rencontres Comité PCI : 20 octobre 2016, 21 décembre 2016, 9 février 2017, 28 mars 2017.
	Si non réalisée à 100 %	
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>
		<b>Date</b>

## Section 1 : Santé publique

établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.			
---	--	--	--

## Section 2 : Services sociaux

N° Titre et description de l'attente spécifique	État	Commentaires	
2.1 - Liste des installations et organismes au sein du RSSS devant implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance  L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	Non applicable		
	Si non réalisée à 100 %		
	Raison(s)	Pourcentage	Mesure(s)
		Date	
2.2 - Programme d'intervention en négligence  Le 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 %	Le programme est déployé sur l'ensemble du territoire toutefois l'ensemble des composantes ne sont pas répondues à 100 % dans tous les RLS. Un plan d'action est en cours.	
	Si non réalisée à 100 %		
	Raison(s)	Pourcentage	Mesure(s)
		Date	
2.3 - Consolidation du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info Social)  L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.	Réalisée à 100 %		
	Si non réalisée à 100 %		
	Raison(s)	Pourcentage	Mesure(s)
		Date	
2.4 - Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers	Réalisée à 100 %	Résultat : 89,9 %	
	Si non réalisée à 100 %		
	Raison(s)	Pourcentage	Mesure(s)
		Date	

<b>Section 2 : Services sociaux</b>			
<p>hébergés en CHSLD public</p> <p>L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du SMAF, et possèdent un plan d'intervention.</p> <p>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.</p>	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		<b>Date</b>	
<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>	
<p>2.5 - Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité</p> <p>L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.</p>	Réalisée à 100 %	Le bilan 2016-2017 du PTAAC a été complété le 17 mai 2017 et sera transmis au MSSS pour le 31 mai comme prévu.	
	<b>Si non réalisée à 100 %</b>		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		<b>Date</b>	
<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>	
<p>2.6 - Application du nouveau lexique des variables du RQSUCH</p> <p>L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.</p>	Réalisée à 100 %	Un état de situation a été transmis le 31 octobre 2016	
	<b>Si non réalisée à 100 %</b>		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		<b>Date</b>	
<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>	
<p>2.7 - Portrait des lits de soins et services postaigus</p> <p>L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les</p>	Réalisée à 100 %	Portrait produit en septembre 2016.	
	<b>Si non réalisée à 100 %</b>		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		<b>Date</b>	

## Section 2 : Services sociaux

autres composantes du continuum.

## Section 3 : services de santé et de médecine universitaire

N° Titre et description de l'attente spécifique	État	Commentaires	
<p>3.1 - Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la FMSQ</p> <p>Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la FMSQ lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.</p>	Réalisée à 100 %	Un suivi de l'APSS et de l'atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la FMSQ est réalisé hebdomadairement avec le MSSS. Depuis le 6 mars 2017, le formulaire GESTRED numéro 32000 est déployé et les états de situation sont transmis à même ce formulaire aux deux semaines.	
	<b>Si non réalisée à 100 %</b>		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		<b>Date</b>	
<p>3.2 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : plan d'action triennal 2016-2019 et suivi des réalisations</p> <p>Un plan d'action triennal 2016 2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.</p>	Réalisée à 100 %		
	<b>Si non réalisée à 100 %</b>		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		<b>Date</b>	
<p>3.3 - Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016 2018</p> <p>L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.</p>	Réalisée à 100 %	Plan d'action biennal 2016-2018 a été déposé au MSSS le 23 novembre 2016. Suite au dépôt, le MSSS nous a acheminé un rapport d'appréciation. Le dépôt d'une auto-évaluation est reporté au 30 septembre 2017 suite à une correspondance du comité national AVC et le MSSS.	
	<b>Si non réalisée à 100 %</b>		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		<b>Date</b>	
<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>	

Section 3 : services de santé et de médecine universitaire			
<p>3.4 - Déploiement des groupes de médecine de famille</p> <p>L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une UMF vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).</p>	Réalisée à 100 %	Les deux états de situation ont été produits le 21 mars 2017. Les deux actions ont été réalisées, soient la migration d'une UMF vers le modèle GMF, et la création d'un nouveau GMF ainsi que l'ajout d'un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux de première ligne).	
	Si non réalisée à 100 %		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		<b>Date</b>	
<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>	
<p>3.5 - Mise en place des conditions préalables au fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB</p> <p>L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certain(e)s actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.</p>	Réalisée à 100 %		
	Si non réalisée à 100 %		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		<b>Date</b>	
<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>	
<p>3.6 - Poursuite du développement et du soutien de l'offre de service en SPFV</p> <p>L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.</p>	Non applicable	Aucun livrable à produire.	
	Si non réalisée à 100 %		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		<b>Date</b>	

Section 4 : Financement, infrastructures et budget		
N° Titre et description de l'attente spécifique	État	Commentaires
4.1 - Listes des besoins (ou correctifs)	Réalisée à 100 %	

#### Section 4 : Financement, infrastructures et budget

<p>devant être réalisés dans les cinq prochaines années par installation principale</p> <p>Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.</p>	<b>Si non réalisée à 100 %</b>		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		62 %	
		<b>Date</b>	
<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>	
4.2 - Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Réalisée à 100 %		
<p>Par la complétion du formulaire GESTRED, 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.</p>	<b>Si non réalisée à 100 %</b>		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
		100 %	
		<b>Date</b>	

#### Section 5 : Coordination réseau et ministérielle

<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>	
5.1 - Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	S. O.	S. O.	
<p>La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016-2017.</p>	<b>Si non réalisée à 100 %</b>		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
	S. O.	S. O.	S. O.
		<b>Date</b>	
	S. O.		
<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>	
5.3 - Sécurité civile	Réalisée à 100 %	Réalisée à 100 % à la période 6. Confirmation faite à la période 13 le 18 mai 2017.	
<p>S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement</p>	<b>Si non réalisée à 100 %</b>		
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>

### Section 5 : Coordination réseau et ministérielle

soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.		
		<b>Date</b>
<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>
5.4 - Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux	Réalisée à 100 %	Identification d'un responsable du processus. Programme de formation MSSS bloc 1, 2, 3 et le 4 en cours.
Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	<b>Si non réalisée à 100 %</b>	
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>
		<b>Date</b>

### Section 6 : Planification, évaluation et qualité

<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>
6.1 - Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du GV	Réalisée à 100 %	Un plan d'action est en cours de réalisation concernant la prévention des chutes. Des travaux sont amorcés, en lien avec la comité tactique du circuit du médicament pour intégrer au sein de l'établissement les recommandations en lien avec la sécurité du médicament.
L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	<b>Si non réalisée à 100 %</b>	
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>
		<b>Date</b>
<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>
6.2 - Diagnostic et Plan d'action à l'égard des personnes handicapées	Réalisée à 100 %	Comme prévu, le diagnostic a été déposé au MSSS et OPHQ le 28 octobre 2016 et le plan d'action, le 31 mars 2017.
Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de	<b>Si non réalisée à 100 %</b>	
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>

## Section 6 : Planification, évaluation et qualité

personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.		<b>Date</b>	

## Section VII : Technologies de l'information

N° Titre et description de l'attente spécifique	État	Commentaires	
<p>7.1 – Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information – des systèmes d'information unifiés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI);</li> <li>• Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS;</li> <li>• Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues;</li> <li>• Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues;</li> <li>• Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS - en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).</li> </ul>	Non réalisée à 100 %	<b>Si non réalisée à 100 %</b>	
	<b>Raison(s)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Mesure(s)</b>
	Les travaux débutent avec le MSSS. Ces travaux vont se poursuivre sur plusieurs années. Il est prématuré de fournir une date prévue de réalisation à 100 %	5 %	Travaux réalisés jusqu'à présent : 1- Mise en place de la gouvernance et d'une équipe de projet pour la réalisation du DCI. 2. Un DJS produit pour le dossier clinique informatisé. 3. Un document intitulé « Démarche de mise en œuvre des projets d'unification des systèmes d'information » produit au comité de gestion conjoint établissement et MSSS sur les SIU permettant de voir l'arrimage des projets SIU avec les projets et priorités du CIUSSS MCQ. 4. La DRI respecte le cadre de gestion du PGRI nécessitant l'autorisation des projets en RI. Jusqu'à présent les projets DJS disponibles pour les SIU sont réalisés conformément aux orientations du MSSS.
		<b>Date</b>	
		31 décembre 2020	

**Section VII : Technologies de l'information**

<b>N° Titre et description de l'attente spécifique</b>	<b>État</b>	<b>Commentaires</b>
		5. Un échéancier préliminaire est actuellement en cours d'élaboration.

## Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS

Santé publique			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et en prévention de la santé selon l'approche École en santé (AÉS)	80,5	93,7 (v)	N. A.
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90,0	93,0 (v)	N. A.
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	87,0	79,1 (j)	N. A.
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez des jeunes de 15 à 24 ans	5 000	5 028 (v)	5 000
<p><u>1.01.27 :</u> Engagement atteint.</p> <p><u>1.01.28 :</u> Engagement non-atteint. La vaccination est offerte dans plusieurs points de services; cette pratique complexifie la gestion des plages horaire disponibles et le respect des délais du calendrier de vaccination. Un suivi étroit des indicateurs par RLS a été mis en place. Certaines pratiques et processus seront révisés pour augmenter le nombre de vaccin donné dans les délais. Offrir la vaccination en un à un (une infirmière par enfant, plutôt que deux infirmières par enfant) pour permettre d'augmenter la disponibilité des infirmières à la vaccination. Il s'agit d'un changement de pratique important pour certaines équipes. Visons à centraliser certaines activités de vaccination selon les différents contextes en maintenant toutefois les services dans chaque RLS. Pour la gestion des plages horaire, une analyse est en cours pour améliorer les processus de prise de rendez-vous.</p>			

Santé publique – Infections nosocomiales			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
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*** (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	80*** (r)	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*** (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*** (v)	95,0
Pour le pourcentage de CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies			

Santé publique – Infections nosocomiales			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
<p>nosocomiales à SARM : quatre CHSGS sur cinq sont conformes aux taux attendus, soit : CHAUR, HSC, HDA et HCM. Un CHSGS est considéré non conforme, soit celui au HSM. Les taux d'incidence calculés pour le HSM sont à interpréter avec prudence, considérant la réalité du faible nombre de jours-présence, rendant les taux moins représentatifs. Une seule bactériémie à SARM est attribuable à ce centre. Pour l'ensemble du CIUSSS MCQ, il y a eu deux bactériémies à SARM cette année. Le taux régional est à 0,07 / 10 000 jours-présence et le taux provincial est à 0,14 / 10 000 jours-présence.</p> <p>Bien que l'année financière 2016-2017 soit terminée, la période de saisie des données est toujours en cours. Les résultats présentés pour cette année financière continueront d'être actualisés sur le portail de l'INSPQ.</p> <p>*** Données préliminaires, en attente de confirmation de l'analyse des données par l'INSPQ à partir du SI-SPIN. Nous devrions recevoir cette analyse au début juin 2017.</p>			

Services généraux			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	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	90,0	93,5 (v)	N. A.
<p>L'engagement est atteint. Nous notons une légère diminution par rapport à 2015-2016. Cette baisse est surtout attribuable à l'augmentation du volume d'appels reçus 39 043 pour 2016-2017 contre 32 593 pour 2015-2016. De plus, la réception aléatoire des appels rend parfois ardue l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et le volume d'appel entrant.</p> <p>Des travaux d'analyse concernant la répartition des appels entrants dans la journée sont en cours afin d'optimiser l'utilisation de nos ressources.</p>			

Titre			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	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	932 003	933 695 (v)	N. A.
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	85,70	85,7 (v)	N. A.
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	85,70	100,0 (v)	N. A.
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	50,00	62,50 (v)	100,00
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus	85,0	85,2 (v)	N. A.
<p>1.03.05.01, 1.03.10 et 1.03.13 : Engagements atteints.</p> <p>1.03.07.01 et 1.03.07.02 : Les engagements sont atteints. Pour les composantes 1, 2 et 6, six milieux hospitaliers sur sept ont atteint le statut implanté (soit 95 % des sous-composantes implantées). L'engagement pour 2017-2018 est à 100 %, soit que les sept milieux aient atteint le statut implanté. Concernant les composantes 3, 4 et 5, les sept milieux hospitaliers ont atteint le</p>			

Titre			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
statut implanté (soit plus de 65 % des sous-composantes implantées). Pour l'ensembles des composantes, un plan d'action 2017-2018 sera actualisé.			
<u>1.03.10 :</u>			
Engagement atteint.			

Soutien à domicile de longue durée			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	11 684	11 973 (v)	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 programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	80,0	76,7 (j)	90,0
<u>1.03.11 :</u> Cible atteinte et même dépassée.			
<u>1.03.12 :</u> L'augmentation de 1 438 usagers (13,6 %) au SAD, ayant tous un OEMC et un plan au dossier, jumelé à une pénurie de professionnels, a ralenti la mise à jour annuelle des usagers déjà inscrit au SAD.			
Un plan d'action repose sur plusieurs éléments. Il permet de travailler à mettre en place les outils de suivi opérationnels eu égard à l'indicateur qui permettra une meilleure planification des actions d'évaluation et de mieux soutenir les intervenants dans leurs priorités d'action. Actuellement en attente de confirmation du MSSS à l'effet de procéder à la réévaluation aux deux ans des usagers avec des profils 1 et 2. Ceci permettrait une meilleure intensité aux usagers qui le requiert. Le processus de dotation de poste en cours permettra de consolider les équipes et permettre une intensification des évaluations et réévaluations.			

Déficiences			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	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	95,0	92,4 (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	96,0	99,0 (v)	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	95,0	96,9 (v)	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	100,0	99,7 (j)	N. A.

Déficiences			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS			
1.05.15-PS Délai moyen accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme	64,00	45,00 (v)	90,00
<p><u>1.45.04.01 Taux des demandes de services traitées en CLSC, DP :</u> L'engagement est non-atteint. L'atteinte est actuellement en lien avec la performance des huit différents RLS où l'on retrouve la clientèle DP desservie en CLSC par la direction SAPA.</p> <p>Le projet du guichet unique AEOL DI-TSA-DP fut réalisé sous forme de Kaizen en février 2017. De ce plan d'action découle, entre autres, l'uniformisation des entrées de données dans l-CLSC permettant de mettre en place des outils de planification et d'analyse pertinents laissant une meilleure vision d'actions plus ciblées à prendre au regard de cette cible. L'implantation du PTAAC du MSSS permet aussi d'entreprendre des actions spécifiques venant consolider les travaux pour atteindre les résultats escomptés. Également, le démarrage d'un projet « Soutien à domicile » avec une chargée de projet 3 jours du programme SAPA éclairera les prises de décision à venir dans ce dossier. Le but est d'améliorer l'accès, le suivi ainsi que l'analyse des effectifs SAPA qui ont des charges d'usagers DP en responsabilité.</p> <p>En lien avec l'année précédente, une baisse est observée. En principe, l'ensemble des effectifs des autres directions doivent poursuivre leurs tâches et responsabilités au regard des clientèles. Difficile d'expliquer cette baisse, malgré le contexte de fusion.</p> <p><u>1.45.04.05 Taux des demandes de services traitées en CRDP :</u> L'engagement est atteint. Malgré les bons résultats, une activité Kaizen a eu lieu spécifiquement pour la réorganisation du processus AEOL DI-TSA-DP. Cet engagement est suivi rigoureusement malgré le contexte de fusion des AEO DP et DI-TSA. Par rapport à l'année précédente, nous observons même une amélioration légère de la performance.</p> <p><u>1.45.05.01 Taux des demandes de services traitées en CLSC, DI-TSA :</u> L'engagement est atteint et est suivi rigoureusement malgré le contexte de fusion des AEO DP et DI-TSA. Par rapport à l'année précédente, nous observons un maintien malgré la transformation. Nous prévoyons également un maintien.</p> <p><u>1.45.05.05 Taux des demandes de services traitées en CRDI :</u> L'engagement est pratiquement atteint. L'atteinte de cet engagement est actuellement en lien avec la performance direct de l'AEOL et des services cliniques DI-TSA. Tel que vu pour tous les indicateurs en lien avec le Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience, le projet de guichet unique AEOL DI-TSA-DP fut réalisé sous forme de Kaizen en février 2017. La réorganisation du processus AEOL DI-TSA-DP répondra au PTAAC du MSSS et il permet aussi d'entreprendre des actions spécifiques qui optimisent le processus interne pour traiter les demandes.</p> <p>Cet engagement est suivi rigoureusement dans le contexte de fusion des huit AEO DI-TSA-DP CLSC. Nous avons rencontré davantage de difficultés opérationnelles que ce soit dans le déménagement, le départ du chef de service, un départ à la retraite tout en poursuivant l'intégration d'un nouveau fonctionnement AEOL DI-TSA-DP. Des démarches spécifiques sont en cours concernant la perte d'expertise par des démarches de recrutement. Toutefois, nous saisissons cette opportunité de levier en vue d'atteindre les résultats.</p> <p>Par rapport à l'année précédente, nous observons une légère diminution (0,3).</p> <p><u>1.05.15 :</u> L'engagement en nombre de jours est atteint. Nous obtenons d'excellents résultats par rapport aux résultats provinciaux. Considérant une transformation majeure en lien avec la fusion DI-TSA-DP, nous souhaitons consolider et maintenir l'engagement de 64 jours.***</p> <p>Dernièrement, le travail conjoint avec la DQEPE et les pilotes SIPAD DI-TSA-DP a permis de valider les données du registre d'accessibilité**** avec celles recueillies au SIPAD-AS-485 par les pilotes.</p>			

Déficiences			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
***Dépend des suites de la rétroaction/négociation avec le MSSS. ****Document produit par le CIUSSS MCQ comprenant des données sur l'accessibilité aux services offerts dans son établissement.			

Dépendance			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	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	80,0	91,9 (v)	N. A.
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	75,0	96,0 (v)	90,0
Engagements atteints.			

Santé mentale			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	760	691,2 (j)	806
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	290	346,5 (v)	348
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	330	509 (r)	N. A.
<p><u>1.08.13 et 1.08.14 :</u> Le <i>Plan de déploiement des services SIM et SIV 2015-2020</i> produit par la DPSMAD du CIUSSS MCQ a été déposé à la Direction de santé mentale du MSSS en octobre 2016 et a été accepté.</p> <p>La DPSMAD prévoit un ajout au SIV de 72 places en 2018-2019 et un ajout de 36 places en 2019-2020.</p> <p>Les écarts face aux résultats de 2015-2016 s'expliquent par la conversion de certains postes, par exemple, pour le SIM la conversion d'un poste d'éducateur spécialisé en psychoéducateur explique la différence. Suite au dépôt du plan de déploiement SIM-SIV, les cibles à atteindre ont été ajustées en fonction dudit plan de déploiement. Le calcul des cibles se base sur le nombre d'ETC et l'ajout de places va permettre d'atteindre les objectifs. De plus le plan d'investissement en cours de rédaction permettra de consolider le nombre de place plus rapidement que le plan de déploiement initialement proposé.</p> <p><u>1.08.15 :</u> Engagement non-atteint.</p> <p>Jeunes : 170 La difficulté d'atteinte de la cible est principalement liée à l'absence d'un pédopsychiatre depuis novembre 2016 et la pertinence clinique d'obtenir une évaluation en pédopsychiatrie.</p> <p>Dans une perspective de hiérarchisation des services, une prise en charge de certaines problématiques doit être effectuée par les pédiatres. Cette pratique présente à géométrie variable sera étendue dans les quatre territoires de façon harmonisée dans la prochaine année et contribuera à faciliter l'accès. Le travail porte également sur la révision du fonctionnement des guichets en santé mentale jeunesse qui contribuera à l'atteinte des objectifs. Un projet est aussi en cours visant à diminuer le recours aux services de pédopsychiatrie dans les situations de crises psychosociales. Malgré les difficultés, nous avons réalisé une baisse de 34 % (88 jeunes) en attente comparativement à l'an dernier.</p>			

Santé mentale			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
<p>Adultes : 339</p> <p>Une amélioration notable des résultats, passant de 689 personnes en attente en 2015-2016 à 339 en 2016-2017, correspondant à une diminution de 51 %.</p> <p>Un plan d'action spécifique est mis en place afin de diminuer les listes d'attente en lien avec l'arrivée de l'APSS. Libération de plage horaire en collaboration avec les psychiatres, réorientation des usagers en fonction de leur condition pour ajuster la nature de la demande lorsque requis. Travail important de mise à jour des listes d'attente.</p> <p>Plusieurs actions sont déjà en cours pour assurer la pérennité des résultats, notamment par l'uniformisation des guichets d'accès et MSRP pour assurer de répondre aux délais d'accès requis par l'APSS. Le CIUSSS MCQ est désigné comme une région pilote pour tester le modèle en psychiatrie avant même la mise en place de l'APSS pour travailler sur les trajectoires et les listes d'attentes.</p>			

Santé physique – Urgences			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,00	12,00 (v)	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	60,0	52,0 (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	70,0	59,3 (r)	85,0
<p><u>1.09.01 :</u> La cible est atteinte en 2016-2017. Pour la prochaine année, la cible est ambitieuse, mais tous les travaux conduits autour de la fluidité et l'ouverture de nouvelles places, notamment pour les NSA***, contribueraient à l'atteinte de la cible.</p> <p><u>1.09.43 et 1.09.44 :</u> Les cibles ne sont pas atteintes. Malgré cela, le MSSS a maintenu une cible de 75 % pour la MCQ. Plusieurs actions auraient un effet bénéfique sur les cibles : intégration de la première ligne au continuum des urgences, création de GMF-R sur le territoire. Toutefois, le contexte législatif entourant la pratique médicale pourrait être un frein.</p> <p>Le plan d'action s'articule autour de plusieurs paramètres, entre autres, la transformation de la direction, par la mise en place d'un projet vitrine. Un plan d'action systémique avec refonte complète des activités est en cours de rédaction. 11 axes d'interventions sont visées et seront présentées. Parmi les axes d'intervention nous visons notamment : consolider les travaux d'alternative à l'hospitalisation, développer une stratégie de communication efficace avec la population afin de faire connaître l'offre de service et les stratégies pour éviter les consultations non requises à l'urgence, consolider l'offre de service des GMF et des services courants par le développement de GMF-R et de GMF+.</p> <p>*** 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).</p>			

Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 946	2 048 (v)	2 188
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	60	58 (j)	52
<u>1.09.05 :</u>			

Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Le résultat surpasse l'engagement. Des travaux sont en cours pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins palliatifs et de fin de vie offerts à domicile; ce qui engendre par la même occasion, une amélioration de la qualité des données.			
1.09.45 : L'écart entre le résultat (58) et l'engagement (60) résulte du fait que deux lits en établissement sont non disponibles pour cause de travaux de construction/rénovation. Il est à noter cependant l'ouverture prévue en 2018 de huit lits supplémentaires en maison de soins palliatifs dans le RLS de l'Énergie (Maison des Trois Colombes) et la cible ministérielle de 52 lits (1 lit sur 10 000 de population) à atteindre en 2020. En conséquence, au terme de ces travaux, le CIUSSS MCQ ne reconduira pas un des lits fermés lors des travaux.			

Santé physique – Services de première ligne			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
1.09.25-PS Nombre total de GMF	24	25 (v)	24
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	81,49	83,69 (v)	85,00
Engagements atteints.			

Santé physique – Chirurgie												
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	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	4 (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	85,9 (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.									
1.09.32.00 : Sur les quatre usagers en attente depuis plus d'un an, trois avaient une date de chirurgie prévue au 31 mars 2017.												
Le CIUSSS MCQ s'est fixé comme objectif de réaliser 100 % des demandes de chirurgie dans un délai inférieur à 6 mois au 31 mars 2017. Les travaux d'optimisation ont permis de diminuer considérablement le nombre de demandes en attente depuis plus de 6 mois, puisqu'il restait 68 usagers hors délais au 31 mars 2017.												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois</th> </tr> <tr> <th>2014-2015</th> <th>2015-2016</th> <th>2016-2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>467</td> <td>162</td> <td>68</td> </tr> </tbody> </table>				Demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois			2014-2015	2015-2016	2016-2017	467	162	68
Demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois												
2014-2015	2015-2016	2016-2017										
467	162	68										
Les équipes, en collaboration avec le corps médical, ont grandement contribué à cette amélioration des délais d'accès.												
1.09.33.01 et 1.09.33.02 : Nous remarquons une amélioration constante au niveau de l'atteinte des cibles fixées par le MSSS, soit : 90 % des demandes traitées en moins de 28 jours et 100 % des demandes traitées en moins de 56 jours. Au 31 mars 2017, deux patients étaient en attente depuis plus de 56 jours pour des raisons médicales.												
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014-2015</th> <th>2015-2016</th> <th>2016-2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 28 jours</td> <td>78,1 %</td> <td>82,2 %</td> <td>85,9 %</td> </tr> </tbody> </table>					2014-2015	2015-2016	2016-2017	< 28 jours	78,1 %	82,2 %	85,9 %	
	2014-2015	2015-2016	2016-2017									
< 28 jours	78,1 %	82,2 %	85,9 %									

Santé physique – Chirurgie				
Nom de l'indicateur		Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
< 56 jours	96,2 %	96,8 %	97,2 %	
<p><u>Chirurgies (1.09.32.00, 1.09.33.01 et 1.09.33.02) :</u>            Plan d'action pour l'optimisation de la trajectoire chirurgicale, les travaux se sont poursuivis pour mettre en œuvre les pistes d'action et les axes de travail identifiés, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un tableau de bord est produit périodiquement et remis aux chefs de services et de départements des différentes spécialités. Il est analysé avec les gestionnaires de chaque bloc pour identifier les actions à mettre en place.</li> <li>• Chaque gestionnaire de bloc s'assure d'analyser les listes d'attente afin d'identifier les cas hors délai ou ceux qui sont à risque de le devenir et de prendre les mesures nécessaires pour y remédier, en collaboration avec les chirurgiens visés. Il reste des cas où la décision clinique et médicale entraîne des délais supérieurs, mais ce sont toujours des décisions qui sont compatibles avec la décision clinique du médecin pour son patient.</li> <li>• Une uniformisation des référentiels utilisés dans le système informatique OPERA a été réalisée afin d'assurer la production de statistiques uniformes pour tous les blocs opératoires.</li> </ul>				

Santé physique – Imagerie médicale				
Nom de l'indicateur		Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente de moins de trois mois pour chacun des types d'examens diagnostiques		90,0	74,8 (r)	100,0
<p>L'engagement n'est pas atteint. La problématique se situe principalement au niveau de l'accès en résonance magnétique. Malgré une hausse de la production de 9,5 % du nombre d'examens réalisés, l'atteinte de la cible est demeurée relativement stable par rapport à 2015-2016.</p> <p>Les mesures entreprises afin d'atteindre la cible sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation des heures d'ouverture;</li> <li>• Implantation d'un processus de deuxième offre entre les installations pour la clientèle;</li> <li>• Épuration des listes d'attente.</li> </ul> <p>Une pénurie de personnel formé et le manque de technologues autonomes en échographie dans une installation s'impacte également sur l'atteinte de l'engagement.</p> <p>L'engagement 2017-2018 est 90 % pour sept des neuf sous-indicateurs. L'engagement de l'indicateur sur les échographies obstétricales (1.09.34.04) est 95 % et celui sur la tomodensitométries (1.09.34.08) est de 92 %.</p>				

Ressources matérielles				
Nom de l'indicateur		Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	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.
Engagement atteint.				

Ressources humaines				
Nom de l'indicateur		Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire		6,10	7,03 (r)	5,87
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires		2,95	3,32 (r)	2,90
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante		1,27	0,95 (v)	1,27

Ressources humaines			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
<p><b>3.01 Ratio d'heures d'assurance salaire :</b>            Au cours de la dernière année, nous n'avons pas réussi à atteindre la cible prévue à l'entente de gestion. Le taux d'assurance salaire a augmenté dans l'ensemble des anciens établissements qui composent notre CIUSSS, ce qui nous permet de conclure que ce n'est pas un phénomène unique à un seul endroit. L'analyse des causes reliées à l'absentéisme est surtout due à des situations personnelles.</p> <p>Pour nous aider dans notre gestion et pour augmenter la prévention, nous avons adopté la politique de gestion intégrée de la prévention et de la présence au travail. Cette politique favorise la prise en charge par les personnes et par l'organisation des déterminants et des risques en matière de santé, sécurité et bien-être au travail. Les comités paritaires en santé et sécurité au travail ont été remis en place afin de mobiliser des ressources en prévention des accidents de travail et de l'absentéisme.</p> <p>La structure de l'organisation en santé et sécurité a été revue afin de répartir les ressources en gestion médico-administrative et en prévention. Les équipes ont pu être regroupées en deux sites dans le but d'être plus efficaces dans la gestion des différents dossiers.</p> <p>Pour la prochaine année, le service de gestion de la présence au travail et de la prévention en santé et sécurité au travail, avec le soutien de la DQEPE élaborera et mettra en œuvre un plan d'action afin de s'assurer de la mise en place des meilleures pratiques pouvant avoir une influence sur la diminution de l'absentéisme.</p>			
<p><b>3.05.02 Taux d'heures supplémentaires :</b></p> <p>1. Plan d'action organisationnel sur la disponibilité de la main-d'œuvre des soins infirmiers incluant une panoplie de mesures telle que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenariat avec les maisons d'enseignement pour diplômer un plus grand nombre de PAB;</li> <li>• Offre de garantie de travail au PAB et infirmières (horaire planifié à la hauteur des disponibilités);</li> <li>• Consolidation des structures de postes en centre d'hébergement pour rehausser les PAB TPR;</li> <li>• Investissement pour l'accueil et l'intégration et l'accompagnement des nouveaux PAB.</li> </ul> <p>2. Identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté de recrutement (PAB, infirmières, travailleurs sociaux, agent administratifs, etc.);</li> <li>• Absentéisme (assurance salaire et autres);</li> <li>• Nombreux départs (retraites et autres).</li> </ul>			

Ressources technologiques			
Nom de l'indicateur	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Cible 2020
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	95,0	98,6 (v)	N. A.
Engagement atteint. Un calendrier de mise à jour et un suivi systématique auprès des ressources sont instaurés. Une employée désignée assume la responsabilité des suivis périodiques.			

#### Légendes

(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

## 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 dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

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

La direction du Centre 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 se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme 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

# RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT



Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.  
1500, rue Royale  
Bureau 250, C.P. 1600  
Trois-Rivières QC G9A 5L9  
Canada

Tél.: 819-691-1212  
Télééc.: 819-691-1213  
www.deloitte.ca

## RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du  
**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état résumé de la situation financière au 31 mars 2017 ainsi que les états résumés des résultats, des surplus (déficit) cumulés, de la variation des actifs nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que d'autres informations explicatives résumées, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (« CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ») pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2017 (voir ci-dessous).

Le présent rapport sur les états financiers résumés ne couvre pas les charges brutes par programme-service et les donations puisqu'elles ne sont pas tirées de la partie auditée des états financiers du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

Ni ces états financiers, ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

### **Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés**

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

### **Responsabilité de l'auditeur**

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

### **Opinion**

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2017. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2017 et 2016 n'ont pas été déterminées. Nous avons exprimé par conséquent une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2016

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au 31 mars 2017, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de la dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte S.E.N.C.R.L.<sup>1</sup>

Le 13 juin 2017

<sup>1</sup> CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique n° A117124

# RAPPORT FINANCIER 2016-2017

## État du suivi des réserves

### ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017

Référence : AS-471 page 140

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		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<p><b>Significations des codes :</b></p> <p>Colonne 3 :  <i>R</i> : pour réserve  <i>O</i> : pour observation  <i>C</i> : pour commentaire</p> <p>Colonnes 5, 6 et 7  <i>R</i> : pour réglé  <i>PR</i> : pour partiellement réglé  <i>NR</i> : pour non réglé</p>						
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
<p><b>Paiement de transfert</b>  <i>Norme CPA Canada SP3410 - Paiement de transfert.</i>                      Comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme CPA Canada SP3410 - Paiement de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité, mais non assortis de stipulation doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints.</p>	2013-2014 et 2014-2015	R	L'établissement ne devrait pas inclure la comptabilisation des paiements de transfert pluriannuels puisque le MSSS considère que le traitement préconisé dans le Manuel de gestion financière est conforme à la norme comptable, ainsi qu'à la pratique du gouvernement du Québec. La norme SP 3410 fait l'objet de divergences d'interprétation au sein de la profession comptable et le CSSP n'a toujours pas complété ses travaux relatifs à l'analyse des impacts de sa mise en application. Il étudie actuellement si la publication d'une note d'orientation pourrait clarifier la situation.	R		
<p><b>Contrat de location avec la SQI</b>                      Comptabilisation des contrats de location d'immeubles avec la SQI à titre de contrats location-exploitation au lieu de contrats location-acquisition.</p>	2010-2011, 2011-2012, 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017	R	Aucune mesure, car directive du MSSS.			NR
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
<p><b># 4114 - Développement, adaptation, intégration sociale (6-17 ans) et leur famille</b>  <i>Unité A - L'intervention et l'activité ponctuelle de groupe normalisée</i></p> <p>Les activités ponctuelles de groupe normalisées ne sont pas compilées dans les unités de mesure, telles qu'exigées par le Manuel de gestion financière.</p>	2014-2015	R	Les cadres ont été avisés.	R		
<p><b># 6606 - Centre de prélèvements</b>                      Les prélèvements effectués sur les usagers admis ne sont pas vérifiables. Il n'existe aucun moyen de vérifier le nombre inscrit sur la feuille de suivi manuel hebdomadaire. Il en est de même pour les informations concernant les prélèvements supplémentaires effectués dans le cas de prélèvement pour l'hyperglycémie et la</p>	2012-2013	R		R		

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		
banque de sang. L'absence de pistes de vérification contrevient aux exigences du Ministère.						
<b># 6606 - Centre de prélèvements</b> Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure la "Procédure" et du centre d'activités 6606 - Centre de prélèvements, ne sont pas valables pour les usagers admis ayant subi un prélèvement.	2014-2015	R		R		
<b>Approbation des rapports périodiques:</b> Certains rapports périodiques d'unités de mesure n'étaient pas approuvés par un supérieur.	2016-2017	C			PR	
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
<b>Question 1</b> <b>Non-conformité aux exigences du MGF</b> Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure la "Procédure" et du centre d'activités 6606 - Centre de prélèvements, ne sont pas valables pour les usagers admis ayant subi un prélèvement.	2014-2015	R		R		
<b>Question 6</b> <b>Politique sur les conditions de travail</b> 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				NR
<b>Question 7</b> <b>Déficiences dans les contrôles internes</b> Voir détail dans la section "rapport à la gouvernance"	2014-2015 et 2016-2017	C			PR	
<b>Question 8</b> <b>Anomalies significatives non corrigées</b> Séparation des périodes des comptes à payer (voir page 122-00)	2016-2017	C				NR
<b>Question 12</b> <b>Activités accessoires de type commercial</b> La politique de gestion des stationnements n'est pas mise en place dans toutes les installations (circulaire 03.01.10.12).	2016-2017	O			PR	
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
<b>Séparation des tâches</b> Il existe un manque de séparation de tâches de facturation et d'encaissement, notamment en matière de revenus de vente de services et de recouvrement, car ces tâches sont effectuées par la même employée.	2014-2015	C	Les politiques, procédures, contrôles internes, règlements et plans d'action des anciens établissements demeurent en application jusqu'à l'adoption de nouveaux documents par le CIUSSS MCQ. De nouvelles politiques unifiées feront l'objet de consultations organisationnelles pour approbation par le Conseil d'administration de l'organisation ultérieurement.	R		
<b>Rapport de dépenses</b> Lors de nos travaux d'audit, nous avons trouvé un rapport de dépenses qui couvrirait la période d'octobre 2013 à mars 2015. Par conséquent, une partie des dépenses n'étaient pas comptabilisées dans le bon exercice. Par conséquent, il est recommandé d'inciter	2014-2015	C	Les politiques, procédures, contrôles internes, règlements et plans d'action des anciens établissements demeurent en application jusqu'à l'adoption de nouveaux documents par le CIUSSS MCQ. De nouvelles politiques unifiées feront l'objet de consultations organisationnelles pour approbation par le Conseil d'administration de	R		

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		
les employés à soumettre régulièrement leur rapport de dépenses.			l'organisation ultérieurement.			
<b>Rapport de dépenses</b> Certains employés n'utilisent pas le modèle de rapport de dépenses standard. En effet, une nouvelle version avec des formules intégrées a été déployée en avril 2014. Toutefois, certains employés continuent d'utiliser l'ancien modèle qui, lui, n'avait pas de formules prédéfinies. Par conséquent, des erreurs de report se sont produites. Il est donc recommandé d'inciter les employés à utiliser seulement la nouvelle version du rapport de dépenses et que lorsque l'ancienne version est utilisée, de refaire les calculs lors de la saisie du rapport de dépense.	2014-2015	C	Les politiques, procédures, contrôles internes, règlements et plans d'action des anciens établissements demeurent en application jusqu'à l'adoption de nouveaux documents par le CIUSSS MCQ. De nouvelles politiques unifiées feront l'objet de consultations organisationnelles pour approbation par le Conseil d'administration de l'organisation ultérieurement.	R		
<b>Gestion des accès informatiques</b> Lacunes au niveau de la gestion des accès informatiques (ajout, suivi et suppression d'accès, ségrégation des tâches).	2016-2017	C			PR	
<b>Politiques et processus</b> Certaines politiques, contrôles internes et processus ne sont pas tous uniformisés dans tous les établissements.	2016-2017	C			PR	
<b>Séparation des périodes</b> La séparation des périodes pour les charges n'est pas toujours adéquate.	2016-2017	C				NR
<b>Obligations contractuelles</b> 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			PR	



## État des résultats – Fonds d'exploitation

ÉTAT DES RÉSULTATS - FONDS D'EXPLOITATION					
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017					
Référence : AS-471 - Page 358					
	2017				2016
	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total	Total
	1	2	3	4 = 2+3	5
<b>REVENUS</b>					
Subventions MSSS	1 160 252 115	\$ 1 184 491 097	\$ 2 200 080	\$ 1 186 691 177	\$ 1 180 829 618
Subventions Gouvernement du Canada	142 632	-	152 518	152 518	152 518
Contributions des usagers	99 062 665	93 665 621	-	93 665 621	91 298 158
Ventes de services et recouvrements	13 262 519	14 970 095	-	14 970 095	16 499 114
Donations	41 568	508 641	-	508 641	702 148
Revenus de placement	420 000	893 894	8 664	902 558	864 507
Revenus de type commercial	5 703 300	-	5 904 719	5 904 719	5 946 918
Autres revenus	8 455 550	4 355 109	15 101 172	19 456 281	20 962 558
<b>TOTAL</b>	<b>1 287 340 349</b>	<b>1 298 884 457</b>	<b>23 367 153</b>	<b>1 322 251 610</b>	<b>1 317 255 539</b>
<b>CHARGES</b>					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	874 712 927	884 875 196	11 035 460	895 910 656	877 591 674
Dépenses non salariales	412 627 422	416 748 143	9 263 542	426 011 685	435 595 976
<b>TOTAL</b>	<b>1 287 340 349</b>	<b>1 301 623 339</b>	<b>20 299 002</b>	<b>1 321 922 341</b>	<b>1 313 187 650</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</b>	<b>-</b>	<b>\$ (2 738 882)</b>	<b>\$ 3 068 151</b>	<b>\$ 329 269</b>	<b>\$ 4 067 889</b>

## État des surplus (déficits) cumulés

<b>ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS</b>					
<b>EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017</b>					
<i>Référence : AS-471 - Page 202</i>					
	<b>2017</b>			<b>2016</b>	
	<i>Exploitation</i>	<i>Immobilisations</i>	<i>Total</i>	<i>Total</i>	
	1	2	3 = 1+2	4	
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS</b>					
<b>AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS</b>	1 911 863	\$ 23 747 641	\$ 25 659 504	\$ 21 421 913	\$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	-	-	-	-	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	(575 928)	-	(575 928)	-	
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS</b>	<b>1 335 935</b>	<b>23 747 641</b>	<b>25 083 576</b>	<b>21 421 913</b>	
<b>AU DÉBUT REDRESSÉ</b>					
<b>SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE</b>	329 269	559 817	889 086	4 237 591	
Transfert inter-fonds	-	-	-	-	
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS</b>					
<b>À LA FIN</b>	<b>1 665 204</b>	<b>\$ 24 307 458</b>	<b>\$ 25 972 662</b>	<b>\$ 25 659 504</b>	<b>\$</b>
Constitué des éléments suivants:					
Affectations d'origine interne ( <b>note 1</b> )	10 478 492	\$ -	\$ 10 478 492	\$ 11 601 821	\$
Solde non affecté ( <b>note 2</b> )	(8 813 288)	24 307 458	15 494 170	14 057 683	
<b>TOTAL</b>	<b>1 665 204</b>	<b>\$ 24 307 458</b>	<b>\$ 25 972 662</b>	<b>\$ 25 659 504</b>	<b>\$</b>
<b>Note 1:</b>					
Affectations par programmes-services	10 411 725	\$ -	\$ 10 411 725	\$ 11 535 054	\$
Activités de stationnement	66 767	-	66 767	66 767	
	10 478 492	\$ -	\$ 10 478 492	\$ 11 601 821	\$
<b>Note 2:</b>					
Cible déficitaire dûment signifiée	(9 702 756)	\$ -	\$ (9 702 756)	\$ (9 702 756)	\$
Autres surplus non affectés	889 468	24 307 458	25 196 926	23 760 439	
	(8 813 288)	\$ 24 307 458	\$ 15 494 170	\$ 14 057 683	\$

## État de la situation financière

<b>ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE</b>					
<b>EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017</b>					
<i>Référence : AS-471 - Page 204</i>					
	<b>2017</b>			<b>2016</b>	
	<i>Exploitation</i>	<i>Immobilisations</i>	<i>Total</i>	<i>Total</i>	
	1	2	3 = 1 + 2	4	
<b>ACTIFS FINANCIERS</b>					
Encaisse (découvert bancaire)	73 280 748	\$ 4 429	\$ 73 285 177	\$ 50 862 215	\$
Placements temporaires	8 308 305	-	8 308 305	24 123 326	
Débiteurs - MSSS	24 983 824	2 600 159	27 583 983	38 993 027	
Autres débiteurs	17 770 607	1 093 607	18 864 214	21 072 056	
Créances interfonds (dettes interfonds)	(11 177 578)	11 177 578	-	-	
Subvention à recevoir (perçue d'avance- réf.comptable)	86 301 738	139 168 134	225 469 872	216 438 731	
Placements de portefeuille	3 380 917	7 048 880	10 429 797	-	
Frais reportés liés aux dettes	-	1 768 859	1 768 859	1 676 519	
Autres éléments	2 546 422	3 232 794	5 779 216	5 311 002	
<b>TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS</b>	<b>205 394 983</b>	<b>166 094 440</b>	<b>371 489 423</b>	<b>358 476 876</b>	
<b>PASSIFS</b>					
Emprunts temporaires	-	44 530 734	44 530 734	49 882 544	
Autres créditeurs et autres charges à payer	101 592 488	3 204 585	104 797 073	96 892 273	
Intérêts courus à payer	-	2 641 126	2 641 126	3 360 116	
Revenus reportés	10 260 983	60 366 546	70 627 529	71 193 509	
Dettes à long terme	-	474 060 484	474 060 484	470 301 617	
Passif au titre des avantages sociaux futurs	106 647 238	-	106 647 238	105 594 204	
Autres éléments	2 401 688	233 142	2 634 830	1 539 471	
<b>TOTAL DES PASSIFS</b>	<b>220 902 397</b>	<b>585 036 617</b>	<b>805 939 014</b>	<b>798 763 734</b>	
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)</b>	<b>(15 507 414)</b>	<b>(418 942 177)</b>	<b>(434 449 591)</b>	<b>(440 286 858)</b>	
<b>ACTIFS NON FINANCIERS</b>					
Immobilisations	-	443 243 080	443 243 080	450 903 525	
Stocks de fournitures	10 378 207	-	10 378 207	11 159 652	
Frais payés d'avance	6 794 411	6 555	6 800 966	3 883 185	
<b>TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS</b>	<b>17 172 618</b>	<b>443 249 635</b>	<b>460 422 253</b>	<b>465 946 362</b>	
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS</b>	<b>1 665 204</b>	<b>\$ 24 307 458</b>	<b>\$ 25 972 662</b>	<b>\$ 25 659 504</b>	<b>\$</b>

## État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)				
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017				
Référence : AS-471 - Page 206				
	2017			2016
	Exploitation 1	Immobilisations 2	Total 3 = 1+2	Total 4
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)</b>				
<b>AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS</b>	(13 130 974)	\$ (427 155 884)	\$ (440 286 858)	\$ (445 716 999) \$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	-	-	-	-
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	(575 928)	-	(575 928)	-
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ</b>	(13 706 902)	(427 155 884)	(440 862 786)	(445 716 999)
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</b>	329 269	559 817	889 086	4 237 591
<b>VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS</b>				
Acquisitions	-	(28 548 950)	(28 548 950)	(36 228 024)
Amortissement de l'exercice	-	35 390 394	35 390 394	36 358 062
(Gain) / Perte sur dispositions	-	60 707	60 707	44 680
Produits sur dispositions	-	-	-	12 771
Ajustements des immobilisations	-	758 294	758 294	-
<b>TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS</b>	-	<b>7 660 445</b>	<b>7 660 445</b>	<b>187 489</b>
<b>VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE</b>				
Acquisitions de stocks de fournitures	(27 685 318)	-	(27 685 318)	(2 756 768)
Acquisition de frais payés d'avance	(10 948 388)	(6 555)	(10 954 943)	(5 947 112)
Utilisation de stocks de fournitures	28 466 763	-	28 466 763	2 623 466
Utilisation de frais payés d'avance	8 037 162	-	8 037 162	7 085 475
<b>TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE</b>	(2 129 781)	(6 555)	(2 136 336)	1 005 061
<b>AUTRES VARIATIONS DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS</b>	-	-	-	-
<b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)</b>	(1 800 512)	8 213 707	6 413 195	5 430 141
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN</b>	(15 507 414)	\$ (418 942 177)	\$ (434 449 591)	\$ (440 286 858) \$

## État des flux de trésorerie

<b>ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE</b>				
<b>EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017</b>				
<i>Référence : AS-471 - Page 208</i>				
			<b>2017</b>	<b>2016</b>
			<b>1</b>	<b>2</b>
<b>ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT</b>				
Surplus (déficit) de l'exercice			889 086	\$ 4 237 591 \$
<b>ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE :</b>				
- Stocks de fournitures et frais payés d'avance			(2 136 336)	1 005 061
- Perte (gain) sur disposition d'immobilisations			60 707	44 680
- Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations			3 989 058	5 467 582
- Amortissement des immobilisations			35 390 394	36 358 062
- Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes			414 735	380 281
- Subventions MSSS			(9 057 249)	(10 785 354)
- Autres			182 366	239 454
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie			28 843 675	32 709 766
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement			17 446 870	(26 860 172)
<b>Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement</b>			<b>47 179 631</b>	<b>10 087 185</b>
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS</b>				
- Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations			(28 548 950)	(36 228 024)
- Produits de disposition d'immobilisations			-	12 771
<b>Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations:</b>			<b>(28 548 950)</b>	<b>(36 215 253)</b>
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT</b>				
- Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois			12 315 021	(14 123 326)
- Placements de portefeuille effectués			(10 429 797)	-
<b>Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement</b>			<b>1 885 224</b>	<b>\$ (14 123 326) \$</b>
<b>ACTIVITÉS DE FINANCEMENT</b>				
- Dettes à long terme - Emprunts effectués			80 468 283	95 919 984
- Dettes à long terme - Emprunts remboursés			(76 709 416)	(69 019 941)
- Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation			-	(4 500 000)
- Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations			99 746 596	100 046 453
- Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations			(104 340 077)	(126 350 198)
- Autres			(758 329)	-
<b>Flux de trésorerie liés aux activités de financement</b>			<b>(1 592 943)</b>	<b>(3 903 702)</b>
<b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE</b>			<b>18 922 962</b>	<b>(44 155 096)</b>
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT</b>			<b>54 362 215</b>	<b>98 517 311</b>
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN</b>			<b>73 285 177</b>	<b>\$ 54 362 215 \$</b>
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:</b>				
- Encaisse			73 285 177	50 862 215
- Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois			-	3 500 000
<b>TOTAL</b>			<b>73 285 177</b>	<b>\$ 54 362 215 \$</b>

## Notes aux états financiers résumés

### 1. ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Les états financiers résumés comprennent des informations financières historiques qui sont tirées des états financiers complets et sont moins détaillées que ces derniers.

Ils comprennent seulement l'état de la situation financière au 31 mars 2017 ainsi que les états des résultats, des surplus (déficit) cumulés, de la variation des actifs nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que d'autres informations explicatives résumées. Ils ne comprennent pas toutes les autres informations présentées dans le AS-471 de l'exercice terminé le 31 mars 2017, incluant les notes complémentaires incluses dans les états financiers complets.

Pour obtenir une copie de ces états financiers complets, la demande doit être faite à la direction du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

### 2. CONSTITUTION

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (ci-après désigné par CIUSSS MCQ) est une personne morale sans but lucratif constituée le 1<sup>er</sup> avril 2015 sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).

Le CIUSSS MCQ est issu de la fusion de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et des 12 établissements publics de santé et de services sociaux de cette région socio-sanitaire à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2). Les établissements fusionnés sont les suivants :

- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
- Centre de réadaptation Interval
- Centre de réadaptation en dépendance Domrémly-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec
- Centre de réadaptation en déficiences intellectuelles et en troubles envahissants du développement de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec-institut universitaire
- Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
- Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska
- Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
- Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
- Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
- Centre de santé et de services sociaux Drummond
- Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
- Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Le 1<sup>er</sup> avril 2015, il jouit de tous leurs droits, a acquis tous leurs biens, assume toutes leurs obligations et poursuit toutes leurs procédures sans reprise d'instance. Par conséquent, tous leurs actifs et passifs, ainsi que tous leurs droits et obligations qui s'y rattachaient, ont été regroupés à leur valeur comptable à cette date.

Il a pour mandat d'assurer une intégration des soins et services offerts à la population de son réseau territorial. Il veille à l'organisation des services et à leur complémentarité dans le cadre de ses différentes missions (CH, CLSC, CHSLD, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centres de réadaptation, santé publique), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales.

### **3. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES**

#### **a. Référentiel comptable**

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

#### **b. Incertitude relative à la mesure**

La préparation du rapport financier AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont : la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, les provisions relatives à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les griefs, la CNESST, la provision pour le forfaitaire 2015-2016 du personnel d'encadrement et les engagements.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

#### **c. Comptabilité d'exercice**

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

#### **d. Salaires, avantages sociaux et charges sociales**

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

#### **e. Passif au titre des avantages sociaux futurs**

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux.

##### *i. Provision pour assurance salaire*

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'aide de la moyenne des données de paie pour chacune des dernières trois années financières de l'établissement.

Elles sont estimées à l'aide de la méthode par période de paie qui tient compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, la durée par dossier.

Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financière à venir selon les tendances passées.

Ces obligations ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

#### *ii. Provision pour vacances*

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

#### *iii. Provision pour congés de maladie*

Les obligations découlant des congés de maladie-années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

#### *iv. Régime de retraite*

Les employés de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes inter-employeurs administrés par Retraite Québec sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

#### *v. Droits parentaux*

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

#### **f. Immobilisations**

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

<b>Catégorie</b>	<b>Durée</b>
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à sa valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les œuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

## **g. Autres méthodes**

### *i. Comptabilité par fonds*

Aux fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs.

### *ii. Avoir propre*

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être

subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

### *iii. Classification des activités*

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- **Activités principales** : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- **Activités accessoires** : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- **Activités accessoires complémentaires** : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- **Activités accessoires de type commercial** : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

### *iv. Centres d'activités*

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

## **4. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE**

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre 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. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2017, l'établissement a respecté cette obligation légale.

## **5. DONNÉES BUDGÉTAIRES**

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 10 mai 2016 relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

## **6. OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES**

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un

contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

### **Intérêt économique**

L'établissement est supporté par de nombreuses fondations. Un comité philanthropique qui regroupe des représentants des 18 fondations de l'établissement désigne un membre observateur au conseil d'administration du CIUSSS MCQ.

Celles-ci ont effectué des transactions avec l'établissement dans le cours normal de leurs activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange.

	<u>Exercice courant</u>
Revenus provenant des fondations	
Recouvrement de salaires et autres charges	297 692 \$
Dons – charges du fonds d'exploitation	508 641 \$
Dons – charges du fonds d'immobilisations	<u>1 850 047 \$</u>
<b>Total</b>	<b>2 656 380 \$</b>

Un montant de 1 248 598 \$ est à recevoir de ces fondations aux 31 mars 2017 (2 066 736 \$ au 31 mars 2016). Ces montants sont sujets aux conditions commerciales habituelles.

## **7. CHIFFRES COMPARATIFS**

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

## Charges brutes par programme-service – Activités principales

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMME-SERVICE				
ACTIVITÉS PRINCIPALES				
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017				
<i>Référence : AS-471 - Page 700</i>				
	NON AUDITÉES			
	<b>2016-2017</b>	<b>2015-2016</b>	<b>Écart</b>	
	1	2	(2-1)	
Santé publique	20 410 950	\$ 21 497 626	\$ (1 086 676)	\$
Services généraux - activités cliniques et d'aide	50 490 097	47 085 627	3 404 470	
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	250 485 862	257 759 046	(7 273 184)	
Déficience physique	37 603 090	37 411 396	191 694	
Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	73 023 118	72 543 338	479 780	
Jeunes en difficulté	83 404 022	82 720 957	683 065	
Dépendances	6 572 678	6 515 497	57 181	
Santé mentale	68 192 182	65 566 207	2 625 975	
Santé physique	447 196 614	432 072 219	15 124 395	
Administration	83 084 284	83 584 804	(500 520)	
Soutien aux services	95 572 027	99 276 899	(3 704 872)	
Gestion des bâtiments et des équipements	85 588 415	85 347 802	240 613	
<b>TOTAL DES CHARGES BRUTES</b>	<b>1 301 623 339</b>	<b>\$ 1 291 381 418</b>	<b>\$ 10 241 921</b>	<b>\$</b>

## Donations

<b>DONATIONS</b>		
<b>EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017</b>		
		NON AUDITÉES
		<b>Total</b>
<b>Fondations :</b>		
Fondation Interval du CIUSSS MCQ	31 518	\$
Fondation Ste-Croix/Hériot	665 337	
Fondation du CLSC Suzor-Côté	82 756	
Fondation du CLSC-CHSLD de l'Érable	56 746	
Fondation de l'Ermitage	99 101	
Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska	554 975	
Fondation régionale pour la santé de Trois-Rivières	343 372	
Fondation Maskinongé	71 947	
Fondation pour la santé du Haut-Saint-Maurice	163 440	
Fondation du centre d'accueil de Saint-Narcisse	4 103	
Fondation de la santé et des services sociaux de l'Énergie	263 425	
<b>TOTAL DES FONDATIONS</b>	<b>2 336 720</b>	
<b>Autres :</b>		
Auxiliaires bénévoles	19 488	
Don d'un organisme	1 300	
Don d'un particulier	430	
Don d'une municipalité	400	
Don d'une corporation privée	350	
<b>TOTAL "AUTRES"</b>	<b>21 968</b>	
<b>GRAND TOTAL DES DONATIONS</b>	<b>2 358 688</b>	<b>\$</b>

## CONTRATS DE SERVICES COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS CONCLUS ENTRE LE 1<sup>ER</sup> AVRIL 2016 ET LE 31 MARS 2017

	Nombre	Valeur
Contrat de services avec une personne physique <sup>4</sup>	4	207 000 \$
Contrat de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>5</sup>	24	24 399 790 \$
<b>TOTAL des contrats de services</b>	<b>28</b>	<b>24 606 790 \$</b>

## 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. Cette 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-dédoublément 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 2016-2017 aucune nouvelle ressource n'a obtenu sa reconnaissance à titre d'organisme communautaire, le processus étant suspendu.

#### Le soutien financier

Les sommes dédiées aux organismes communautaires ont été attribuées en conformité avec 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 la *Convention de soutien financier dans le cadre du financement en soutien à la mission globale des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux*.

<sup>4</sup> Excluant les contrats touchés par la directive sur les contrats de services non soumis à l'autorisation du dirigeant et les contrats conclus avec les groupes d'approvisionnement en commun.

<sup>5</sup> Excluant les contrats touchés par la directive sur les contrats de services non soumis à l'autorisation du dirigeant et les contrats conclus avec les groupes d'approvisionnement en commun.

Cette année encore, une attention particulière a été portée à la reddition de comptes produite par chaque organisme communautaire subventionné. Les conseillères au PSOC procèdent à l'analyse des documents en tenant compte des balises et de la procédure établies par le MSSS. Un suivi est effectué relativement aux obligations de reddition de comptes de chaque organisme financé. De plus, compte tenu des difficultés rencontrées, près d'une trentaine d'organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier au cours de la dernière année.

### Constats

Au 31 mars 2017, le CIUSSS reconnaît 220 ressources à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Durant l'année financière 2016-2017, le PSOC a octroyé du financement à 219 organismes en mission globale et 25 organismes ont été financés uniquement pour des activités spécifiques. Ce sont donc 244 organismes communautaires qui ont été soutenus financièrement par le PSOC au cours de cette période.

Nombre d'organismes financés par catégorie	
<b>Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme</b>	<b>10</b>
Déficience intellectuelle	7
Trouble du spectre de l'autisme	3
<b>Déficience physique</b>	<b>26</b>
Déficience physique	12
Déficiences multiples	14
<b>Dépendances</b>	<b>13</b>
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	9
Hébergement mixte	4
<b>Jeunes en difficulté</b>	<b>57</b>
Organismes de justice alternative	7
Maisons de jeunes	34
Autres ressources jeunesse	14
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2
<b>Perte d'autonomie liée au vieillissement</b>	<b>25</b>
Maintien à domicile	10
Centres d'action bénévole	15
<b>Santé mentale</b>	<b>28</b>
Santé mentale	28
<b>Santé physique</b>	<b>15</b>
Santé physique	11
Cancer	1
Maisons agréées de soins palliatifs	3
<b>Santé publique</b>	<b>45</b>
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	18
Personnes démunies	24
VIH/Sida	3
<b>Services généraux, activités cliniques et d'aide</b>	<b>25</b>
Orientation et identité sexuelle	1
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

Nombre d'organismes financés par catégorie	
Ressources pour hommes	4
<b>Sous-total</b>	<b>244</b>
Organismes financés exclusivement pour des activités spécifiques	25
<b>Organismes financés en mission globale au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)</b>	<b>219</b>

Au cours de l'année 2016-2017, une démarche de recension de l'ensemble des ententes de service pour lesquelles les établissements ont versé du financement à un ou des organismes communautaires au cours des deux dernières années a été effectuée. En suivi à cette recension, les directions concernées ont été rencontrées afin de convenir des modalités de gestion de ses ententes et, s'il y a lieu, des transferts vers le PSOC. Un total de 230 887 \$ a été transféré en mission globale (réparti entre 15 organismes) et un total de 187 705 \$ a été transféré en ententes pour activités spécifiques (réparti entre 3 organismes). Par ces démarches, le CIUSSS MCQ désire assurer une cohérence régionale et protéger le financement octroyé aux organismes.

### L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires

Le PSOC apporte un soutien financier à la mission globale à 219 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 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	2015-2016		2016-2017	
	Mission globale	34 876 780 \$	86 %	35 665 437 \$
Activités spécifiques	5 563 605 \$	14 %	5 579 408 \$	14 %
<b>TOTAL</b>	<b>40 440 385 \$</b>	<b>100 %</b>	<b>41 244 845 \$</b>	<b>100 %</b>

Les principaux investissements récurrents réalisés dans ce programme sont les suivants :

- Une indexation de 1,2 %, soit 483 813 \$, a été octroyée aux organismes financés.
- Un montant de 347 974 \$ a été réparti entre les quatre organismes de la typologie répit-hébergement.

De plus, quelques allocations ont été faites sur une base non récurrente :

- 182 787 \$ répartis entre les quatre organismes qui assurent les services de supervision des droits d'accès (SDA).
- 38 004 \$ 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.
- 20 000 \$ octroyés à un organisme dans le cadre du Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	Subvention PSOC 2015-2016	Variation
<b>DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT</b>			
<b>Déficience intellectuelle</b>			
Arche Mauricie inc.	396 284 \$	391 585 \$	1 %
Association des personnes déficientes intellectuelles / Bécancour-Nicolet-Yamaska	161 887 \$	159 967 \$	1 %
Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie <sup>6</sup>	255 000 \$	140 728 \$	81 %
L'Association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	91 246 \$	90 164 \$	1 %
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	76 187 \$	75 284 \$	1 %
Parrainage civique Drummond inc.	95 621 \$	94 487 \$	1 %
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	85 565 \$	84 550 \$	1 %
	<b>1 161 790 \$</b>	<b>1 036 765 \$</b>	<b>12 %</b>
<b>Trouble du spectre de l'autisme</b>			
Autisme – Centre-du-Québec	72 369 \$	71 511 \$	1 %
Autisme Mauricie	130 743 \$	129 449 \$	1 %
Les horizons ouverts	187 954 \$	185 725 \$	1 %
	<b>391 066 \$</b>	<b>386 685 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>DÉFICIENCE PHYSIQUE</b>			
<b>Déficience physique</b>			
Association de la surdité du Centre du Québec		7 417 \$	1 %
Association de paralysie cérébrale région Mauricie et Centre du Québec		72 827 \$	1 %
Association des personnes handicapées de Drummond inc.	7 506 \$	7 417 \$	1 %
Association des personnes malentendantes de la Mauricie <sup>7</sup>	73 701 \$	72 827 \$	1 %
Association des personnes malentendantes des Bois-Francs	72 450 \$	71 591 \$	1 %
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie-Centre-du-Québec inc.	69 800 \$	60 740 \$	15 %
Association éducative et récréative des aveugles <sup>8</sup>	63 690 \$	62 935 \$	1 %
Coup de main Mauricie	84 240 \$	83 241 \$	1 %
H.S.I. Handicaps soleil inc.	60 000 \$	46 936 \$	28 %
Handicap action autonomie Bois-Francs	117 467 \$	116 074 \$	1 %
L'Autre Fabrik inc. <sup>9</sup>	79 459 \$	78 517 \$	1 %
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie	92 102 \$	91 010 \$	1 %
	<b>254 207 \$</b>	<b>251 193 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Déficiences multiples</b>			
« La source » Association des personnes handicapées du Haut Saint-Maurice inc.	85 309 \$	84 297 \$	1 %
APEVAH des Chenaux	70 442 \$	69 607 \$	1 %
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	83 856 \$	82 862 \$	1 %
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	106 426 \$	105 164 \$	1 %

<sup>6</sup> Organisme ayant bénéficié de crédits de développement.

<sup>7</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>8</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>9</sup> Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2016-2017.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	Subvention PSOC 2015-2016	Variation
Association des parents d'enfants handicapés de Drummond inc. (APEHD)	84 148 \$	83 150 \$	1 %
Association des personnes handicapées actives de Mékinac	86 769 \$	85 740 \$	1 %
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour	104 548 \$	103 308 \$	1 %
Association des personnes handicapées de l'Érable inc.	89 268 \$	88 209 \$	1 %
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	120 451 \$	119 023 \$	1 %
Centre de répit Normand-Léveillé <sup>10</sup>	67 374 \$	0 \$	100 %
Centre de stimulation l'Envol	110 683 \$	109 371 \$	1 %
L'Amis-temps des Bois Francs <sup>11</sup>	209 860 \$	131 615 \$	59 %
L'association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	80 901 \$	79 942 \$	1 %
L'Évasion, service de gardiennage et de répit	255 000 \$	134 002 \$	90 %
	<b>1 555 035 \$</b>	<b>1 276 290 \$</b>	<b>22 %</b>
<b>DÉPENDANCES</b>			
<b>Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances</b>			
Action toxicomanie <sup>12</sup>	90 636 \$	89 561 \$	1 %
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.	99 805 \$	98 622 \$	1 %
Centre d'entraide Aux rayons du soleil inc. <sup>13</sup>	63 454 \$	55 457 \$	14 %
Centre l'Étape du bassin de Maskinongé inc.	90 635 \$	89 560 \$	1 %
La relance Nicolet-Bécancour inc.	90 635 \$	89 560 \$	1 %
Le grand chemin inc.	467 051 \$	461 512 \$	1 %
Maison Carignan inc.	269 044 \$	265 854 \$	1 %
Maison de sobriété Trois-Rivières inc. <sup>14</sup>	0 \$	73 970 \$	-100 %
Pavillon de l'assuétude	529 778 \$	523 496 \$	1 %
Unité Domrémy de Plessisville inc.	102 748 \$	101 530 \$	1 %
	<b>1 803 786 \$</b>	<b>1 849 122 \$</b>	<b>-2 %</b>
<b>Hébergement mixte</b>			
Centre Le havre de Trois-Rivières inc.	580 990 \$	574 693 \$	1 %
Centre Roland-Bertrand	643 757 \$	627 600 \$	3 %
Ensoleilvent	375 631 \$	371 177 \$	1 %
Maison de transition de la Batiscan	388 631 \$	384 023 \$	1 %
	<b>1 989 009 \$</b>	<b>1 957 493 \$</b>	<b>2 %</b>
<b>JEUNES EN DIFFICULTÉ</b>			
<b>Organismes de justice alternative</b>			
Aux trois pivots	480 647 \$	474 948 \$	1 %
Avenues citoyennes Organisme de justice alternative	146 677 \$	144 938 \$	1 %
Commun accord organisme de justice alternative	211 458 \$	208 951 \$	1 %
L'alter égaux, Organisme de justice alternative	87 579 \$	86 541 \$	1 %
Organisme de justice alternative Volteface	264 688 \$	261 549 \$	1 %

<sup>10</sup> Organisme ayant reçu son premier financement en mission globale.

<sup>11</sup> Organisme ayant bénéficié de crédits de développement.

<sup>12</sup> Organisme ayant changé sa dénomination sociale en 2016-2017.

<sup>13</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>14</sup> Organisme ayant perdu sa reconnaissance et son financement.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	Subvention PSOC 2015-2016	Variation
Pacte Bois-Francs inc.	213 135 \$	210 608 \$	1 %
Ressources alternatives Maskinongé	90 859 \$	89 782 \$	1 %
	<b>1 495 043 \$</b>	<b>1 477 317 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Maisons de jeunes</b>			
« L'eau-vent » (maison de jeunes)	108 025 \$	106 744 \$	1 %
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	120 299 \$	118 873 \$	1 %
Carrefour jeunesse de Shawinigan (Maison des jeunes de Shawinigan)	117 201 \$	115 811 \$	1 %
Défi-jeunesse du Haut Saint-Maurice inc.	116 017 \$	114 641 \$	1 %
La corporation de la maison des jeunes « Action-jeunesse » inc.	108 025 \$	106 744 \$	1 %
La Fréquence Inc.	120 299 \$	118 873 \$	1 %
La maison de jeunes « Au bout du monde » de St-Paulin	105 560 \$	104 308 \$	1 %
La maison de jeunes L'escale jeunesse-La piaule	91 636 \$	90 549 \$	1 %
La maison des jeunes Au cœur des montagnes	95 907 \$	94 770 \$	1 %
La maison des jeunes de Plessisville inc.	113 877 \$	112 527 \$	1 %
La traversée 12-18 ans inc.	114 305 \$	112 950 \$	1 %
L'accueil jeunesse Grand'Mère inc.	117 201 \$	115 811 \$	1 %
L'association des groupes de jeunes des Hauts-Reliefs	95 907 \$	94 770 \$	1 %
Local action jeunes	86 631 \$	85 604 \$	1 %
Maison de jeunes Le transit	102 767 \$	101 548 \$	1 %
Maison de jeunes L'éveil jeunesse de Louiseville inc.	114 306 \$	112 951 \$	1 %
Maison de quartier de Drummondville inc.	120 299 \$	118 873 \$	1 %
Maison des jeunes « La destination 12-17 » inc.	128 180 \$	126 660 \$	1 %
Maison des jeunes « Le chakado »	85 818 \$	84 800 \$	1 %
Maison des jeunes de Bécancour	68 240 \$	67 431 \$	1 %
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban L'index	88 044 \$	87 000 \$	1 %
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond	92 044 \$	90 953 \$	1 %
Maison des jeunes de Saint-Cyrille de Wendover	101 257 \$	100 056 \$	1 %
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-des-Saults <sup>15</sup>	52 117 \$	43 684 \$	19 %
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud	92 044 \$	90 953 \$	1 %
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.	71 798 \$	70 947 \$	1 %
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain <sup>16</sup>	85 662 \$	71 640 \$	20 %
Maison des jeunes de St-Germain	95 907 \$	94 770 \$	1 %
Maison des jeunes de Wickham <sup>17</sup>	85 662 \$	70 025 \$	22 %
Maison des jeunes du Bas St-François	87 090 \$	86 057 \$	1 %
Maison des jeunes La forteresse <sup>18</sup>	85 662 \$	73 761 \$	16 %
Partenaires 12-18/Érable	85 246 \$	84 235 \$	1 %
Partenaires action jeunesse Mékinac	70 159 \$	69 327 \$	1 %

<sup>15</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>16</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>17</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>18</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	Subvention PSOC 2015-2016	Variation
Trait d'union de Victoriaville	122 758 \$	121 302 \$	1 %
	<b>3 345 950 \$</b>	<b>3 259 948 \$</b>	<b>3 %</b>
<b>Autres ressources jeunesse</b>			
Centre social et récréatif St-Sacrement	16 504 \$	16 308 \$	1 %
Espace Bois-Francis	137 709 \$	136 076 \$	1 %
Espace Mauricie	147 716 \$	145 964 \$	1 %
Gentilly Transit jeunesse <sup>19</sup>	63 454 \$	55 592 \$	14 %
Grands frères et grandes sœurs de Trois-Rivières <sup>20</sup>	63 454 \$	48 906 \$	30 %
LaRue Bécancour inc. <sup>21</sup>	95 486 \$	94 354 \$	1 %
Le refuge La piaule du Centre du Québec inc.	183 432 \$	181 257 \$	1 %
Le TRASH – Travail de rue à Shawinigan <sup>22</sup>	63 454 \$	49 269 \$	29 %
Maison Marie Rivier de Drummondville inc.	83 421 \$	82 432 \$	1 %
Organisme Centretien de Nicolet et régions <sup>23</sup>	85 662 \$	74 760 \$	15 %
Point de rue	225 562 \$	244 009 \$	-8 %
Répit jeunesse	99 248 \$	98 071 \$	1 %
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	95 486 \$	94 354 \$	1 %
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	95 486 \$	94 354 \$	1 %
	<b>1 456 074 \$</b>	<b>1 415 706 \$</b>	<b>3 %</b>
<b>Maisons d'hébergement communautaire jeunesse</b>			
Maison Habit-action de Drummondville inc.	430 205 \$	425 104 \$	1 %
Maison Raymond Roy	422 986 \$	417 970 \$	1 %
	<b>853 191 \$</b>	<b>843 074 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>PERTES D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT</b>			
<b>Maintien à domicile</b>			
Association des aidants naturels du bassin de Maskinongé « Mains tendres »	103 132 \$	101 909 \$	1 %
Association des personnes aidantes de la Vallée-de-la-Batiscan	103 132 \$	101 909 \$	1 %
Association des personnes proches aidantes de Bécancour-Nicolet-Yamaska	103 132 \$	101 909 \$	1 %
Association des personnes proches aidantes Drummond	103 132 \$	101 909 \$	1 %
Association des proches aidants Arthabaska-Érable	103 132 \$	101 910 \$	1 %
Carpe Diem – Centre de ressources Alzheimer	725 923 \$	717 315 \$	1 %
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	103 132 \$	101 909 \$	1 %
Services René-Verrier	206 264 \$	203 818 \$	1 %
Société Alzheimer du Centre-du-Québec	409 540 \$	404 684 \$	1 %
Soutien à domicile des Chenaux	22 000 \$	22 000 \$	0 %
	<b>1 982 519 \$</b>	<b>1 959 272 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Centres d'action bénévole (CAB)</b>			

<sup>19</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation

<sup>20</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>21</sup> Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2016-2017.

<sup>22</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>23</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	Subvention PSOC 2015-2016	Variation
Carrefour d'action bénévole du Haut Saint-Maurice	159 664 \$	157 771 \$	1 %
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francis	385 640 \$	334 313 \$	15 %
Centre d'action bénévole de Grand'Mère inc.	214 224 \$	211 683 \$	1 %
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Bécancour	255 665 \$	252 634 \$	1 %
Centre d'action bénévole de la Moraine	151 348 \$	149 553 \$	1 %
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	198 262 \$	195 911 \$	1 %
Centre d'action bénévole de l'Érable	175 133 \$	173 056 \$	1 %
Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	168 947 \$	166 944 \$	1 %
Centre d'action bénévole des Riverains	151 348 \$	149 553 \$	1 %
Centre d'action bénévole Drummond inc.	431 468 \$	426 352 \$	1 %
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	160 804 \$	158 897 \$	1 %
Centre d'action bénévole du Rivage	233 114 \$	230 350 \$	1 %
Centre d'action bénévole Laviolette	417 473 \$	412 523 \$	1 %
Centre d'action bénévole Mékinac	162 419 \$	160 493 \$	1 %
Le centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	301 809 \$	298 230 \$	1 %
	<b>3 567 318 \$</b>	<b>3 478 263 \$</b>	<b>3 %</b>
SANTÉ MENTALE			
Santé mentale			
Accalmie : Accompagnement et hébergement pour personnes suicidaires <sup>24</sup>	361 353 \$	348 750 \$	4 %
Association des proches de la personne atteinte de maladie mentale - Drummond <sup>25</sup>	185 230 \$	183 033 \$	1 %
Association Le P.A.S.	182 858 \$	180 689 \$	1 %
Atikamekw Sipi – Conseil de la Nation Atikamekw	13 474 \$	13 314 \$	1 %
Centre de prévention suicide Arthabaska-Érable inc.	187 592 \$	179 026 \$	5 %
Centre de prévention suicide du Haut Saint-Maurice <sup>26</sup>	0 \$	129 244 \$	-100 %
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond	196 284 \$	181 481 \$	8 %
Centre prévention suicide Les deux rives <sup>27</sup>	394 925 \$	398 534 \$	-1 %
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie, Mékinac, inc.	166 240 \$	176 713 \$	1 %
Groupe d'entraide « L'entraîn »	195 294 \$	192 978 \$	1 %
Groupe d'entraide Facile d'accès	142 772 \$	141 079 \$	1 %
Groupe d'entraide La lanterne	229 201 \$	226 483 \$	1 %
La chrysalide Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	386 041 \$	381 463 \$	1 %
La maison Le réverbère inc.	415 398 \$	410 472 \$	1 %
La passerelle, Association de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale de Bécancour-Nicolet-Yamaska	140 694 \$	139 026 \$	1 %
La ruche aire-ouverte inc.	180 576 \$	178 434 \$	1 %
L'avenue-libre du bassin de Maskinongé inc.	150 771 \$	148 983 \$	1 %

<sup>24</sup> Organisme ayant fait l'objet d'une fusion en 2016-2017.

<sup>25</sup> Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2016-2017.

<sup>26</sup> Organisme ayant perdu sa reconnaissance et son financement.

<sup>27</sup> Organisme ayant fait l'objet d'une fusion en 2016-2017.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	Subvention PSOC 2015-2016	Variation
Le gyroscope du bassin de Maskinongé	121 837 \$	120 392 \$	1 %
Le périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM)	171 027 \$	168 999 \$	1 %
Le phénix, ECJ, Centre Mauricie/Mékinac	186 105 \$	183 899 \$	1 %
Le réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	70 078 \$	69 247 \$	1 %
Le traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	242 328 \$	239 455 \$	1 %
Les parents-partenaires inc.	130 748 \$	129 197 \$	1 %
Pivot Centre-Du-Québec	241 714 \$	238 848 \$	1 %
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	106 670 \$	105 405 \$	1 %
Réseau d'aide Le tremplin inc.	606 474 \$	599 283 \$	1 %
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	394 739 \$	390 058 \$	1 %
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	221 739 \$	219 110 \$	1 %
TDA/H Mauricie Centre du Québec	41 392 \$	54 320 \$	-24 %
	<b>6 063 554 \$</b>	<b>6 127 915 \$</b>	<b>0 %</b>
<b>SANTÉ PHYSIQUE</b>			
<b>Santé physique</b>			
Association de la fibromyalgie Mauricie / Centre-du-Québec	70 053 \$	69 222 \$	1 %
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	69 040 \$	68 221 \$	1 %
Association des personnes aphasiques de la Mauricie	70 821 \$	69 981 \$	1 %
Association des traumatisés crânio-cérébraux, Mauricie/Centre du Québec	89 020 \$	87 964 \$	1 %
Diabète Bois-Francis	63 105 \$	62 357 \$	1 %
Épilepsie Mauricie Centre du Québec	94 879 \$	93 754 \$	1 %
Hépatites ressources	112 620 \$	111 285 \$	1 %
La fondation des traumatisés cranio-cérébraux Mauricie Bois-Francis inc.	58 542 \$	57 848 \$	1 %
Parkinson Centre-du-Québec Mauricie inc. <sup>28</sup>	72 192 \$	71 336 \$	1 %
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Centre-du-Québec <sup>29</sup>	69 440 \$	54 966 \$	26 %
Société canadienne de la Sclérose en plaques, section Mauricie	76 122 \$	74 219 \$	3 %
	<b>845 834 \$</b>	<b>821 153 \$</b>	<b>3 %</b>
<b>Cancer</b>			
Le ruban rose	70 691 \$	69 853 \$	1 %
	<b>70 691 \$</b>	<b>69 853 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Maisons agréées de soins palliatifs</b>			
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	442 000 \$	437 460 \$	1 %
Maison Marie Pagé	306 000 \$	309 060 \$	-1 %
Maison René-Verrier	688 160 \$	680 000 \$	1 %
	<b>1 436 160 \$</b>	<b>1 426 520 \$</b>	<b>1 %</b>

<sup>28</sup> Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2016-2017.

<sup>29</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	Subvention PSOC 2015-2016	Variation
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>			
<b>Contraception, allaitement, périnatalité, famille</b>			
Allaitement-soleil	74 106 \$	73 227 \$	1 %
Association des familles monoparentales ou recomposées La source <sup>30</sup>	19 017 \$	15 207 \$	25 %
Association Parents-ressources des Bois-Francis	18 732 \$	19 975 \$	-6 %
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.	90 748 \$	88 731 \$	2 %
F.A.I.R.E (Familles d'appui et intervention pour un réseau d'entraide)	4 500 \$	2 344 \$	92 %
La maison de la famille de Trois-Rivières inc.	170 710 \$	167 560 \$	2 %
La parenthèse, Service droits d'accès <sup>31</sup>	27 421 \$	12 411 \$	121 %
Le lien Maison de la famille	3 000 \$	1 591 \$	89 %
Le rendez-vous familial inc.	5 000 \$	2 380 \$	110 %
Maison de la famille des Chenaux	16 741 \$	16 578 \$	1 %
Maison de la famille du bassin de Maskinongé <sup>32</sup>	18 307 \$	14 475 \$	26 %
Maison de la famille, Drummond inc.	16 309 \$	16 206 \$	1 %
Maison des familles Chemin du Roi inc <sup>33</sup>	8 053 \$	5 753 \$	40 %
Maison des familles de l'Érable	13 807 \$	17 602 \$	-22 %
Maison des familles de Mékinac	16 809 \$	16 093 \$	4 %
Maison des familles du Rivage	5 000 \$	5 008 \$	0 %
Maternaide du Québec	97 323 \$	94 257 \$	3 %
Ressource parent-ailles	27 168 \$	26 650 \$	2 %
	<b>632 751 \$</b>	<b>596 048 \$</b>	<b>6 %</b>
<b>Personnes démunies</b>			
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	128 764 \$	127 237 \$	1 %
Carrefour d'entraide Drummond inc.	122 823 \$	121 367 \$	1 %
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	93 587 \$	92 604 \$	1 %
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	116 418 \$	115 037 \$	1 %
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	77 677 \$	76 756 \$	1 %
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	117 208 \$	115 818 \$	1 %
Centre du Plateau Laval	140 391 \$	138 206 \$	2 %
Comptoir alimentaire Drummond inc.	89 949 \$	88 882 \$	1 %
Ebyôn	75 151 \$	74 260 \$	1 %
Entraide Bécancour inc.	68 332 \$	67 522 \$	1 %
Fonds communautaire des Chenaux	100 220 \$	99 032 \$	1 %
La maison de L'abondance <sup>34</sup>	62 000 \$	56 026 \$	11 %
La sécurité alimentaire	87 943 \$	86 900 \$	1 %
La tablee populaire	109 199 \$	107 904 \$	1 %

<sup>30</sup> Variation du volume de Supervision des droits d'accès.

<sup>31</sup> Variation du volume de Supervision des droits d'accès.

<sup>32</sup> Variation du volume de Supervision des droits d'accès.

<sup>33</sup> Variation du volume de Supervision des droits d'accès.

<sup>34</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	Subvention PSOC 2015-2016	Variation
L'entre-aide de Louiseville	84 698 \$	83 694 \$	1 %
Les artisans bénévoles de la paix en Mauricie	101 872 \$	100 664 \$	1 %
Les cuisines collectives de Francheville	123 673 \$	122 207 \$	1 %
Les cuisines collectives des Bois-Francis	129 294 \$	127 761 \$	1 %
Ludolettre	107 378 \$	105 634 \$	2 %
Maison Coup de pouce T.-R.	100 679 \$	99 485 \$	1 %
Moisson Mauricie /Centre-du-Québec	116 157 \$	131 780 \$	-12 %
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	95 042 \$	93 915 \$	1 %
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	124 493 \$	123 017 \$	1 %
Ressource aide alimentaire	84 059 \$	83 062 \$	1 %
	<b>2 457 007 \$</b>	<b>2 438 770 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>VIH – SIDA</b>			
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	129 386 \$	147 352 \$	-12 %
Maison Re-Né inc.	314 922 \$	311 188 \$	1 %
Sidaction Mauricie inc.	106 344 \$	114 583 \$	-7 %
	<b>550 652 \$</b>	<b>573 123 \$</b>	<b>-4 %</b>
<b>SERVICES GÉNÉRAUX, ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE</b>			
<b>Orientation et identité sexuelles</b>			
Groupe régional d'intervention sociale (GRIS)–Mauricie/Centre-du-Québec <sup>35</sup>	76 145 \$	78 686 \$	-3 %
	<b>76 145 \$</b>	<b>78 686 \$</b>	<b>-3 %</b>
<b>Concertation et consultation générale</b>			
Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	224 060 \$	209 084 \$	7 %
	<b>224 060 \$</b>	<b>209 084 \$</b>	<b>7 %</b>
<b>Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté</b>			
La maison La nacelle	667 651 \$	659 734 \$	1 %
La rose des vents de Drummond inc.	682 873 \$	674 776 \$	1 %
La séjournelle	683 253 \$	675 151 \$	1 %
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.	709 132 \$	700 723 \$	1 %
Le toit de l'amitié	656 413 \$	648 629 \$	1 %
Maison « De connivence » inc.	683 253 \$	675 151 \$	1 %
Maison d'hébergement La volte-face	685 543 \$	677 414 \$	1 %
	<b>4 768 118 \$</b>	<b>4 711 578 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Centres de femmes</b>			
Centre de femmes de Shawinigan inc.	198 404 \$	196 051 \$	1 %
Centre de femmes Parmi elles	198 216 \$	195 866 \$	1 %
Centre des femmes L'héritage	198 216 \$	195 866 \$	1 %
Femmes de Mékinac	198 020 \$	195 672 \$	1 %
La maison des femmes des Bois-Francis	198 313 \$	195 961 \$	1 %
Le collectif des femmes de Nicolet et région	209 499 \$	209 815 \$	0 %

<sup>35</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2016-2017	Subvention PSOC 2015-2016	Variation
Maison des femmes de Drummondville	198 475 \$	196 122 \$	1 %
	<b>1 399 143 \$</b>	<b>1 385 353 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Autres ressources pour femmes</b>			
Centre de santé des femmes de la Mauricie	550 143 \$	543 619 \$	1 %
	<b>550 143 \$</b>	<b>543 619 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)</b>			
CALACS Entraid'action, Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	154 211 \$	152 382 \$	1 %
CALACS La passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	260 560 \$	257 470 \$	1 %
CALACS Unies-vers-elles	139 495 \$	137 841 \$	1 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	290 168 \$	286 727 \$	1 %
	<b>844 434 \$</b>	<b>834 420 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Ressources pour hommes</b>			
Chez-nous entre-hommes	171 441 \$	169 408 \$	1 %
Halte Drummond	151 761 \$	149 961 \$	1 %
Homme alternative	151 761 \$	149 961 \$	1 %
L'accord Mauricie inc.	231 579 \$	228 833 \$	1 %
	<b>706 542 \$</b>	<b>698 163 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>41 244 845 \$</b>	<b>40 440 385 \$</b>	

\*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.

---

# **INSTANCES ET COMITÉS**



## 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 enveloppes allouées, les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition en tenant compte des particularités de la population qu'il dessert et de leur utilisation économique et efficiente.

Composition du conseil d'administration (au 31 mars 2017)		Assiduité aux 11 rencontres
M. Richard Desrochers, président	Membre indépendant Expertise en protection de la jeunesse	91 %
M. Marc Descôteaux, vice-président	Membre indépendant Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité	82 %
M. Martin Beaumont, secrétaire	Président-directeur général	100 %
M. Michel Larrivée	Membre indépendant Compétence en gouvernance ou éthique	100 %
M <sup>me</sup> Julie Beaulieu	Membre indépendant Expertise en santé mentale	82 %
M. Michel Dostie	Membre indépendant Expertise en réadaptation	91 %
M. Jacques Fraser	Membre indépendant Expertise dans les organismes communautaires	100 %
M <sup>me</sup> Elana MacDougall	Membre indépendant Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines	82 %
M. Marcel Dubois	Membre indépendant Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité	82 %
M <sup>me</sup> Chantal Plourde	Membre indépendant Expertise en réadaptation	100 %
M <sup>me</sup> Ginette Aubin-Caron	Membre indépendant Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux	100 %
M. Pierre Belhumeur	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ (démission le 21 juin 2016)	75 %
D <sup>re</sup> Marie-Josée Dupuis	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ (nomination le 1 <sup>er</sup> novembre 2016)	100 %
M <sup>me</sup> Marie-Josée Martel	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ	91 %
D <sup>r</sup> Pierre Martin	Membre désigné	64 %

Composition du conseil d'administration (au 31 mars 2017)		Assiduité aux 11 rencontres
	Département régional de médecine générale	
D <sup>r</sup> Christian Carrier	Membre désigné Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	73 %
M <sup>me</sup> Caroline Charest	Membre désigné Comité régional sur les services pharmaceutiques (démission le 4 octobre 2016)	83 %
M. Érik Samson	Membre désigné Comité régional sur les services pharmaceutiques (nomination le 1 <sup>er</sup> novembre 2016)	100 %
M <sup>me</sup> Johanne Vincent	Membre désigné Conseil des infirmières et infirmiers	45 %
M. Olivier Tardif	Membre désigné Conseil multidisciplinaire	82 %
M. André Poirier	Membre désigné Comité des usagers	100 %
M. Pierre Labonté	Membre observateur Fondations (démission le 7 février 2017)	90 %

### Faits saillants

Le conseil d'administration a tenu 11 rencontres, dont deux séances spéciales, avec un taux de participation de 86 %. En 2016-2017, le conseil d'administration a adopté 131 résolutions découlant de l'une ou l'autre de ses fonctions. La contribution collective des administrateurs est fondamentale pour que le CA puisse assurer son rôle, mais encore plus de se positionner comme CA créateur de valeur. Voici les principales résolutions adoptées :

#### Administration des affaires de l'établissement

- Adoption d'amendements au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration
- Adoption des règlements sur la régie interne du CMDP, du CII, du CM et du Conseil des sages-femmes
- Adoption du Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques
- Nomination des 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.
- Adoption du Code d'éthique du CIUSSS MCQ

#### Organisation des services de l'établissement

- Adoption du Cadre de référence de la gouvernance de l'accès aux services spécialisés au CIUSSS MCQ
- Adoption des modifications au Plan de gouvernance médicale du CIUSSS MCQ
- Adoption des modifications au Plan d'organisation du CIUSSS MCQ
- Adoption du portfolio des services médicaux du CIUSSS MCQ

#### Répartition équitable et utilisation économique et efficiente des ressources

- Adoption du Plan de conservation de l'équipement et du mobilier – volet médical et du Plan de conservation de l'équipement et du mobilier – volet non médical et mobilier 2016-2019

### Entente de gestion et d'imputabilité

- Approbation de l'entente de gestion et d'imputabilité MSSS – CIUSSS MCQ 2016-2017

### Le rapport de suivi sur l'application du Code d'éthique et de déontologie

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec 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 sanctions imposées par le conseil d'administration;
- Le nom des membres suspendus ou dont le mandat a été révoqué.

En 2016-2017, aucune situation de manquement au code d'éthique et de déontologie 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 se trouve en annexe du rapport annuel de gestion qui est disponible sur le site internet de l'établissement à l'adresse suivante : [www.ciussmccq.ca](http://www.ciussmccq.ca), sous l'onglet *Documentation/rapports annuels*.

## COMITÉ DE VIGILANCE ET 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.

Composition du comité de vigilance et de la qualité (au 31 mars 2017)		Assiduité aux 6 rencontres
M. Marc Descôteaux, président	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité	83 %
M. André Poirier, vice-président	Représentant désigné par et parmi les membres du comité des usagers du CIUSSS MCQ	83 %
Mme Marie-Josée Martel, secrétaire	Représentante d'une université à laquelle est affiliée le CIUSSS MCQ	83 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	83 %
Mme Doris Johnston	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	100 %

Composition du comité de vigilance et de la qualité (au 31 mars 2017)	Assiduité aux 6 rencontres
Dr Luc Marchand et D <sup>re</sup> Karine Goulet, médecins-examineurs, participent aux rencontres de façon ponctuelle. La DQEPE soutient ce comité et en assure le volet administratif. Ainsi, M <sup>me</sup> Louise Lavigueur et M. Martin D'Amour, directrice et directeur adjoint à la DQEPE, assistent également aux rencontres.	

### Faits saillants

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu six rencontres avec un taux de participation de 87 %.

### Liste des rapports et recommandations

- **Protecteur du citoyen** (vingt-quatre rapports pour lesquels 91 % des recommandations étaient actualisées en date du 4 mars 2017).
- **Régime d'examen des plaintes et de la qualité des services** (888 conclusions de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (plaintes et interventions) et 89 conclusions des médecins examineurs).
- **Rapport du coroner** (huit rapports du coroner, dont deux pour lesquelles les recommandations sont diffusées à titre préventif).
- **Agrément** (neuf lettres : de remises de preuve, de dépôt suite à un plan d'amélioration et de confirmation de suivis terminés).
- **Inspections professionnelles** (six lettres d'ordres professionnels, deux plans d'action déposés et une synthèse des visites de surveillance).
- **Visites ministérielles** d'évaluation de la qualité des milieux de vie (rapports de visite de onze centres d'hébergement du territoire).
- **Autres rapports** (huit autres rapports dont le Plan d'action suite au rapport d'enquête au Centre d'hébergement Cooke).

### Recommandations

#### ***Pertinence, qualité, sécurité, efficacité des services rendus***

- Dépôt d'un tableau de bord trimestriel sur les incidents et accidents déclarés au CA.
- Appui à l'adoption par le CA de la politique sur l'utilisation des mesures de contrôle.
- Appui aux recommandations suivantes du comité de gestion des risques :
  - L'utilisation du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) pour la tenue du registre local des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins et de services et le passage vers un mode décentralisé pour la déclaration des événements.
  - La mise sur pied de deux sous-comités, l'un sur la radioprotection et l'autre sur la sécurité informationnelle.
  - La priorisation des travaux qui découlent de recommandations provenant d'instances associées à la qualité et à la sécurité des soins et des services.
  - La favorisation d'une plus grande stabilité du personnel, particulièrement dans les services spécialisés qui nécessitent plus d'expertise et d'expérience.
  - La prise de mesures préventives et correctives requises pour assurer un encadrement adéquat du monitoring cardiaque des unités des soins de l'hôpital du Centre de la Mauricie.
  - La prise de mesures pour permettre le contrôle de l'ouverture des fenêtres dans les unités d'hospitalisation du CHAUR.

Un appui de principe favorable à l'acquisition d'un logiciel pour la gestion des antimicrobiens considérant les aspects cliniques et les bonnes pratiques, fait à l'équipe du Programme d'antibiogouvernance (PrAG), en leur précisant que les aspects financiers associés doivent être documentés pour permettre une décision éclairée à ce sujet.

#### **Respect des droits des usagers**

- Appui à l'adoption par le CA d'un plan d'action en réponse aux recommandations et enjeux prioritaires formulés par le comité des usagers du CIUSSS MCQ (CUCI).

#### **Traitement des plaintes des usagers**

- Appui à l'adoption par le CA du *Rapport annuel 2015-2016 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.*

#### **Pertinence, qualité, sécurité, efficacité des services rendus**

- Pour les secteurs visés par des investissements, s'assurer que des mesures de suivi soient prises afin d'évaluer les impacts de ces investissements sur la progression vers le Vrai Nord, c'est-à-dire pour chacune des dimensions que sont l'expérience usager, l'accessibilité, la qualité des services, l'optimisation des ressources et le mieux-être des intervenants.

## 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.

Composition du comité de gouvernance et d'éthique (au 31 mars 2017)		Assiduité aux 5 rencontres
M. Richard Desrochers, président du CA	Membre indépendant Expertise en protection de la jeunesse	80 %
M. Michel Larrivée, président du comité	Membre indépendant Compétence en gouvernance ou éthique	100 %
M <sup>me</sup> Julie Beaulieu, vice-présidente du comité	Membre indépendant Expertise en santé mentale	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %
M <sup>me</sup> Ginette Aubin-Caron	Membre indépendant Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux (nomination au comité le 1 <sup>er</sup> novembre 2016)	100 %
M. Michel Dostie, secrétaire du comité	Membre indépendant Expertise en réadaptation	100 %
M. Jacques Fraser	Membre indépendant Expertise dans les organismes communautaires	100 %
M. Pierre	Représentant d'une université à laquelle	50 %

Composition du comité de gouvernance et d'éthique (au 31 mars 2017)		Assiduité aux 5 rencontres
Belhumeur	est affilié le CIUSSS MCQ (démission du CA le 21 juin 2016)	
De plus, M <sup>me</sup> Annie Lavigne, professionnelle au bureau de la Présidence-direction générale en date du 24 octobre 2016, a participé à 100 % des rencontres du comité en tant que personne-ressource.		

### Faits saillants

Le comité a tenu cinq rencontres avec un taux de participation de 91 %.

Le comité a élaboré, mis à jour et recommandé au conseil d'administration différents documents et a participé à des activités telles que :

- Organisation d'une session intensive en septembre 2016 : création d'un tableau de bord des administrateurs dans le suivi de l'entente de gestion et du Plan opérationnel, ainsi que des indicateurs dans les cinq sphères du Vrai Nord (optimisation des ressources, mieux-être des intervenants, qualité des services, accessibilité des services et expérience usager).
- Suivi du plan d'amélioration continue du système de gouvernance et des normes d'excellence sur la gouvernance d'Agrément Canada.
- Activités pour les administrateurs en vue de la préparation de la visite d'agrément.
- Mise à jour annuelle des déclarations d'intérêts des administrateurs (novembre 2016).
- Outil synthèse sur le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs déposé lors de chaque séance du conseil d'administration.
- Révision du processus et du fonctionnement du point concernant le rapport des présidents des comités du conseil lors des séances publiques du conseil d'administration.
- Règlement établissant les règles de fonctionnement du comité de révision (adoption au conseil d'administration le 14 juin 2016).
- Outils synthèses du Vrai Nord et du Plan stratégique du MSSS déposés avec les documents lors de chaque séance du conseil d'administration afin d'assurer la cohérence dans la décision des membres.
- Élaboration et recommandation au conseil d'administration de la Politique d'accueil et d'intégration des nouveaux administrateurs (adoption au conseil d'administration le 10 mai 2016).
- Élaboration et suivi du plan de formation 2016-2017 des membres du conseil d'administration.
- Formation en gestion des risques et agrément en janvier 2017.

## 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, 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 CHSLD, plan de rénovation fonctionnelle hors CHSLD, plan des équipements médicaux, plan des équipements non médicaux, plan de maintien des actifs informationnels.

Composition du comité de vérification (au 31 mars 2017)		Assiduité aux 9 rencontres
M. Marcel Dubois, président du comité de vérification	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité	100 %
M. Marc Descôteaux, vice-président du comité de vérification	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité	78 %
M. Michel Dostie, secrétaire du comité de vérification	Expertise en réadaptation	100 %
M. Richard Desrochers, président du conseil d'administration	Expertise en protection de la jeunesse	89 %
M <sup>me</sup> Chantal Plourde, membre indépendante	Expertise en réadaptation	89 %
D <sup>re</sup> Marie-Josée Dupuis, membre comité de vérification	Représentante des universités	50 %

### Faits saillants

Le comité de vérification a tenu neuf (9) rencontres en 2016-2017 avec un taux de participation de 84 %. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été traitées :

#### **Utilisation optimale des ressources**

- Prévisions budgétaires et présentation du budget 2016-2017.
- Régime d'emprunt à long terme.
- Déploiement du responsable observation des règles contractuelles (RORC).
- Programme de soutien aux organismes communautaires.
- Plan d'action – Assurance salaire.
- Plans de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM), volet médical (PCEM-M) et volet non médical et mobilier (PCEM-NM).
- Plans de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) 2016-2017 – volet maintien des actifs et volet rénovation fonctionnelle.
- Audit interne – Frais de déplacement des gestionnaires et des membres de conseil d'administration
- Plan directeur logistique.

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

- Bilan annuel 2015-2016 concernant la sécurité informationnelle.
- Cadre de gestion sécurité de l'information.
- Politique sur la sécurité informationnelle.
- Gestion intégrée des risques – Registre d'identification des risques organisationnels.

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

- Vérificateur général du Québec (VGQ) – Lettre d'instructions – Audit de groupe 2016 Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).
- Rapport financier annuel au 31 mars 2016.
- Rapport financier annuel consolidé – Fonds de Santé au travail au 9 janvier 2016.
- Mandat d'audit spécial 2015-2016 – Laboratoire de biologie médicale.

### **Autres travaux réalisés à la demande du conseil d'administration**

- Nomination de l'auditeur externe – Exercice financier 2016-2017.
- Nomination d'un vice-président au comité de vérification.
- Participation de deux membres du comité de recrutement de l'auditrice interne, Mme Lola Maltais. Cette dernière est entrée en fonction le 11 avril 2017.

### **Indicateurs de suivi utilisés pour l'accomplissement du mandat**

- Suivis périodiques périodes 5, 9 et 11 et mesures d'optimisation.

### **Recommandations**

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

#### **Volet Utilisation optimale des ressources**

- Approbation du budget 2016-2017 du CIUSSS MCQ tel que présenté et déposé
- Autorisation à adopter la résolution portant sur le Régime d'emprunts à long terme – 1er juillet 2016 au 31 décembre 2017
- Adoption et transmission au MSSS du plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM), Volet médical (PCEM-M) et volet non médical et du mobilier (PCEM NM) 2016-2019
- Autorisation au directeur des services techniques à soumettre au MSSS les demandes de permutation pour des modifications entraînant l'annulation, le report, le devancement, l'ajout d'un nouveau projet ainsi que la modification du coût d'un projet au PCEM, volet médical et volet non médical.
- Autorisation d'adopter le Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) 2016-2019 et de le transmettre au MSSS
- Adoption du rapport périodique RR-444 à la période 7 de l'exercice financier 2016-2017 et acheminer la résolution au MSSS

#### **Volet Gestion des risques pour la conduite des affaires**

- Approbation par résolution du bilan annuel 2015-2016 concernant la sécurité informationnelle.
- Approbation par résolution combinée du cadre de gestion et la politique sur la sécurité informationnelle.

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

- Rapport financier annuel (AS-471) au 31 mars 2016 :
- Mandater M. Martin Beaumont et M<sup>me</sup> Nancy Lemay pour signer le rapport de la direction;
- Adopter la répartition de l'affectation des surplus cumulés.
- Adopter le rapport financier annuel (AS 471) du CIUSSS MCQ pour l'exercice financier couvrant la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016.
- Rapport financier annuel consolidé – Fonds de santé au travail au 9 janvier 2016 :
  - Adopter le rapport financier consolidé du fonds de santé au travail pour l'exercice financier se terminant au 9 janvier 2016.
  - Autoriser le président-directeur général à le signer pour et au nom du CA.

### **Autres travaux réalisés à la demande du conseil d'administration**

- Nomination auditeur externe – Exercice financier 2016-2017 :

- Renouveler le mandat de la firme Deloitte S.E.N.C.R.L. pour la vérification des états financiers 2016-2017 du CIUSSS MCQ, pour une somme de 75 500 \$, suivant l'offre de prix acceptée.

## COMITÉ SUR LES RESSOURCES HUMAINES

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.

Composition du comité sur les ressources humaines (au 31 mars 2017)		Assiduité aux 7 rencontres
M <sup>me</sup> Elana MacDougall, présidente	Membre du CA	100 %
M. Jacques Fraser, vice-président	Membre du CA	100 %
M. Michel Larrivée	Membre du CA	100 %
M. Richard Desrochers	Président du CA (membre d'office non participant)	

### Faits saillants

Le comité a tenu sept rencontres avec un taux de participation de 100 %. Les membres du comité ont eu accès aux divers documents suivants :

#### ***Plan de main-d'œuvre (PMO) - recrutement – intégration du personnel***

- Plan de travail visant l'attraction et la rétention de certains types d'emploi dont les préposés aux bénéficiaires et les infirmières, comprenant 27 chantiers qui visent à accroître la disponibilité du personnel.
- Rapport de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre 2014-2015, démontrant que 78,9 % des effectifs sont en situation de vulnérabilité soit 48,6 % de potentiel de congés parentaux et 30,3 % de potentiel de retraite.

#### ***Maintien des compétences et développement des RH***

- Indicateur sur les dépenses de formation visant les 4 catégories d'emploi intégré au tableau de bord RH.
- Journée de développement des leaders organisée par le CIUSSS MCQ en octobre 2016. Formations offertes aux gestionnaires à travers plusieurs ateliers touchant différents thèmes liés au modèle de leadership LEADS.
- Programme national de coaching offert aux gestionnaires pour les soutenir dans les enjeux reliés à la transformation.
- Soutien accordé à certains gestionnaires pour leur permettre d'acquérir le titre de « Certified Health Executive » (CHE) en lien avec le modèle LEADS.

### **Mobilisation-motivation et valorisation du personnel**

- Dépôt d'une démarche d'évaluation de la mobilisation des gestionnaires.
- Présentation d'une démarche pour l'obtention de la certification Entreprise en santé.
- Consultation sur un projet de politique santé mieux-être.
- Consultation sur projet de politique sur la reconnaissance au travail et recommandation pour adoption au CA.
- Consultation sur projet de politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail et recommandation pour adoption au CA.

### **Projets de réorganisation du travail**

- Liste des projets ayant un impact RH présentée aux membres du comité.

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

- Consultation sur un projet de politique de gestion intégrée de la prévention et de la présence au travail et recommandation pour adoption.
- Présentation d'un plan d'action sur le volet prévention, santé et sécurité au travail.

## **COMITÉ SUR LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE**

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.

<b>Composition du comité sur la responsabilité populationnelle (au 31 mars 2017)</b>		<b>Assiduité aux rencontres</b>
M. Michel Dostie, président	Membre indépendant du CA	100 %
M <sup>me</sup> Chantal Plourde, vice- présidente	Membre indépendante du CA	100 %
M <sup>me</sup> Lyne Girard, secrétaire	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 %
M <sup>me</sup> 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	60 %
D <sup>re</sup> Isabelle Goupil- Sormany (avril à septembre 2016)	Directrice de santé publique	50 %
D <sup>re</sup> Anne-Marie Grenier (à compter d'octobre 2016)	Adjointe médicale – Direction de la santé publique	100 %
D <sup>re</sup> Marie-Josée Godi (à compter de février 2017)	Adjointe médicale – Direction de la santé publique	100 %
M. Olivier Tardif	Kinésologue Direction de santé publique et responsabilité populationnelle	100 %

Composition du comité sur la responsabilité populationnelle (au 31 mars 2017)		Assiduité aux rencontres
	Désigné par et parmi les membres du Conseil multidisciplinaire (CM) du CIUSSS MCQ	
M <sup>me</sup> Johanne Vincent	Infirmière auxiliaire Désignée par et parmi les membres du Conseil des infirmières et infirmiers (CII) du CIUSSS MCQ	40 %
Mme Christine Laliberté (depuis le 21 mars 2017)	Directrice du programme santé mentale adulte et dépendance et Leader du bureau de partenariat	100 %
M. Richard Desrochers	Président du CA (membre d'office non participant)	

### Faits saillants

Le Comité sur la responsabilité populationnelle a tenu cinq rencontres avec un taux de participation de 83 %.

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 CUCI et la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) du CIUSSS MCQ.

### Le comité a pris connaissance et examiné plusieurs politiques et orientations en lien avec la responsabilité populationnelle :

- Plan d'action sur la responsabilité populationnelle.
- Orientations régionales pour la stratégie de soutien au développement des communautés en santé pour la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.
- Présentation de *L'implication des usagers au CIUSSS MCQ* par la DQEPE.
- Plan d'action régional en santé publique (PARSP).
- Politique gouvernementale de prévention en santé.
- Travaux entourant le projet de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé sur la présence des familles lors d'une hospitalisation, par la DQEPE.
- Table de concertation en santé mentale adulte RLS de Drummond.
- Outil de sensibilisation « *La responsabilité populationnelle, l'affaire de tous!* ».
- Bureau du Partenariat.
- Réflexion sur les rôles et responsabilités du comité sur la responsabilité populationnelle.
- Agrément – Normes de gouvernance et liens avec la population.
- Échange – Partage de la vision et des attentes envers le comité sur la responsabilité populationnelle.

## COMITÉ CONSULTATIF À LA DIRECTION GÉNÉRALE

Le mandat du comité consiste à analyser et à soumettre, au Président-directeur général, les recommandations jugées nécessaires en ce qui concerne : les orientations et les priorités d'actions de l'établissement, les moyens à mettre en œuvre pour que les services dispensés dans l'établissement le soient en complémentarité avec ceux dispensés dans les autres installations de la région et qu'ils répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats, les conséquences administratives et financières des activités des médecins et des dentistes des divers départements cliniques, la répartition des lits mis à la disposition des bénéficiaires en fonction de leurs besoins, de l'intensité de soins ou de la gravité des maladies, des ressources de l'établissement, du permis et des besoins de l'enseignement et l'élaboration du plan d'organisation de l'établissement. À cette fin, le comité doit comprendre, en plus des personnes qui le composent en vertu de l'article 16, une personne désignée par le conseil consultatif du personnel clinique.

Composition du comité consultatif de la direction générale (au 31 mars 2017)	
D <sup>r</sup> Christian Vinette, président	Directeur des services professionnels et de la pertinence clinique
D <sup>r</sup> François Chabot	Chef du département d'anesthésiologie
D <sup>r</sup> Christian Carrier	Chef du département de biologie médicale
D <sup>r</sup> Christian Arseneau	Chef du département d'imagerie médicale
D <sup>r</sup> Olivier Roy	Chef du département de médecine d'urgence
D <sup>r</sup> Étienne Bureau	Chef du département de chirurgie
D <sup>r</sup> Carl Éric Gagné	Chef du département de médecine spécialisée
D <sup>r</sup> Gauthier Bastin	Chef du département de médecine générale
D <sup>re</sup> Mélanie Noël	Chef du département de pédiatrie
D <sup>re</sup> Nicole Charest	Chef du département de gynécologie-obstétrique
M. Alain Bureau	Chef du département de pharmacie
D <sup>re</sup> Marie-Claude Parent	Chef du département de psychiatrie
D <sup>r</sup> Lionel Jospitre	Coordonnateur médical La Tuque
D <sup>r</sup> Daniel Carrier	Adjoint au chef du département de médecine spécialisée
D <sup>r</sup> François Parent	Codirecteur – SPU
D <sup>re</sup> Anne-Marie Grenier	Codirectrice – Lutte contre le cancer
D <sup>re</sup> Caroline Dostie	Codirectrice – SAPA (volet hébergement)
D <sup>r</sup> Sylvain Gamelin	Codirecteur – SAPA (volet services dans la communauté, UCDG et SAG)
D <sup>r</sup> André Poirier	Codirecteur – Enseignement et recherche
D <sup>r</sup> Jocelyn Gervais	Président du CECMDP

Composition du comité consultatif de la direction générale (au 31 mars 2017)	
Dr Thierry Dambry	Directeur des services professionnels adjoint
D <sup>re</sup> Rafika Dahmane	Directrice des services professionnels adjointe
Dr Benoît Gervais	Directeur des services professionnels adjoint
M. Martin Beaumont	Président-directeur général
M. Gaétan Lamy	Président-directeur général adjoint
M <sup>me</sup> Josée Simoneau	Directrice des soins infirmiers
M. Gilles Hudon	Directeur des services multidisciplinaires
M <sup>me</sup> Nathalie Garon	Directrice du programme jeunesse-famille
M <sup>me</sup> Christine Laliberté	Directrice du programme santé mentale adulte et dépendance
Dr Pierre Martin	Chef du DRMG
M <sup>me</sup> Lucie Letendre	DGA aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et soutien à l'autonomie de la personne âgée
M <sup>me</sup> Lyne Girard	DGA aux programmes sociaux et de la réadaptation

### Faits saillants

Le comité consultatif à la direction générale a tenu six réunions avec un taux de participation de 91 %.

#### **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, Guichet d'accès à un médecin de famille (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.

#### **Développement des compétences**

- Formation offerte en décembre 2016 aux « leaders médicaux » du CIUSSS MCQ en collaboration avec l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP).

#### **Organisation des services**

- Élaboration d'un portfolio à la demande du MSSS en lien avec l'organisation des services offerts à la population et les corridors de service existants.

## COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques a pour mandat de rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à : identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement, dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence. Il doit également s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches et voir à la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents. Enfin, il recommande au conseil d'administration du CIUSSS MCQ la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Composition du comité de gestion des risques (au 31 mars 2017)	
M <sup>me</sup> Hélène C. Pépin	Représentante pour le comité des usagers
M <sup>me</sup> Lucie Arbour (jusqu'au 11 octobre 2016)	Représentante pour le comité des usagers
M <sup>me</sup> Diane Gagnon (à compter de janvier 2017)	Représentante pour le comité des usagers
M. Martin D'Amour – membre d'office et représentant du PDG	Directeur adjoint à la DQEPE
M <sup>me</sup> 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)
M <sup>me</sup> Annie Laberge – membre d'office	Chef de service Prévention des infections (PCI)
M <sup>me</sup> Marielle Vincent – membre d'office	Chef d'administration de programme Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM)
M <sup>me</sup> Nathalie Boisvert	Directrice adjointe à la DSPPC – soins critiques et services ambulatoire
M <sup>me</sup> Chantal Bournival	Directrice adjointe SAPA – assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien
M <sup>me</sup> Jacinthe Cloutier	Adjointe à la directrice DI-TSA-DP
M. Mathieu Lapointe	Pharmacien
M <sup>me</sup> Élise Leclair	Directrice adjointe à la DSI – soutien et développement des pratiques professionnelles en SI et PCI
M <sup>me</sup> 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
M. Éric Tremblay	Adjoint à la directrice DSPRP
M <sup>me</sup> Johanne Vachon	Adjointe à la directrice DPJ
D <sup>re</sup> Martine Pronovost	Médecin, omnipraticienne

Composition du comité de gestion des risques (au 31 mars 2017)	
Dr Patrice Gauthier	Médecin, pneumologue

### Faits saillants

Le comité de gestion des risques a tenu six réunions avec un taux de participation de 83 %. Ce comité a été sollicité pour les dimensions suivantes :

- Le registre local des incidents et des accidents (décentralisation de la déclaration des incidents et accidents, production de tableaux de suivis).
- L'identification et analyse des risques d'incident ou d'accident (développement d'un tableau de bord, diffusion des tableaux à chaque période, activités d'analyse des principaux risques, activités de sensibilisation et de formation).
- Les suivis effectués par le comité en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques d'incidents-accidents (mise sur pied d'un groupe de travail sur la prévention des chutes, règlement et procédure sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager suite à un accident; mise sur pied d'un sous-comité sur la radioprotection, mise sur pied d'un sous-comité sur la sécurité informationnelle).
- La surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales (présentation à chaque rencontre des résultats de la surveillance sur la transmission des bactéries multirésistantes aux antibiotiques, présentation régulière des résultats suite aux audits réalisés sur l'hygiène des mains et réalisation d'une campagne de promotion sur l'importance de l'hygiène des mains, élaboration d'un plan de gestion des éclosions de grippe et de gastroentérite à la demande du MSSS, présentation des enjeux de santé publique qu'implique la résistance croissante des bactéries aux antibiotiques, ainsi que les bénéfices liés à l'utilisation d'un logiciel par l'équipe du Programme d'antibiogouvernance (PrAG).
- Les mesures prises visant à prévenir la récurrence des incidents et accidents (analyse par le chef de secteur de l'ensemble des déclarations rapportées par les employés qui s'assure que des mesures soient prises pour éviter la récurrence, suivi accordé aux recommandations formulées dans les rapports de coroner, analyse par le comité de gestion des risques et des groupes de travail ad hoc des grands risques organisationnels identifiés et identifier les meilleures pratiques à mettre en place, recommandation émise au CVQ par le comité de gestion des risques en vue d'améliorer la sécurité des soins et des services).
- Les mesures de soutien apportées aux victimes et aux proches (révision par les conseillers en gestion des risques de chaque événement sentinelle et évaluation de la pertinence d'un soutien aux victimes, mise en place de diverses mesures en soutien auprès des victimes en fonction de leurs besoins).
- Les actions prises pour le suivi des événements sentinelles (registre des événements sentinelles déposé à chaque rencontre du comité de gestion des risques ainsi qu'au CVQ et permet de suivre l'ensemble des événements majeurs, ainsi que l'application des mesures correctives, 220 événements sentinelles reçus par le comité de gestion des risques, analyse approfondie et mesures prises pour éviter récurrence, utilisation d'un formulaire d'enquête standardisé).
- Le nombre de rapports au CVQ : dépôt de 5 rapports, point statutaire au CVQ pour faire un suivi régulier des travaux du comité de gestion des risques, dépôt à chaque rencontre d'un tableau intégré du suivi des plans d'amélioration, premier dépôt d'un rapport trimestriel sur les incidents et accidents au CVQ, dorénavant déposé à tous les trimestres, et ce, tant au CVQ qu'au conseil d'administration.

### Recommandations

#### **Mesures prises visant à prévenir la récurrence des incidents et des accidents :**

- S'assurer que soient priorisés les travaux qui découlent de recommandations provenant d'instances associées à la qualité et à la sécurité des soins et des services.
- Favoriser une plus grande stabilité du personnel, particulièrement dans les services spécialisés qui nécessitent plus d'expertise et d'expérience.

- Prendre des mesures préventives et correctives requises pour assurer un encadrement adéquat du monitoring cardiaque des unités des soins de l'hôpital du Centre-de-la-Mauricie.
- Déposer le rapport trimestriel sur les incidents et accidents au comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration.

**Actions prises pour le suivi des événements sentinelles**

- Prendre des mesures pour permettre le contrôle de l'ouverture des fenêtres dans les unités d'hospitalisation du CHAUR.

**Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales**

- Accorder un appui de principe qui soit favorable à l'acquisition d'un logiciel pour la gestion des antimicrobiens considérant les aspects cliniques, les bonnes pratiques de vigie proactive à développer et la pertinence clinique de réduire la consommation d'antibiotiques et documenter les aspects financiers associés, de manière à permettre une décision qui puisse être éclairée à ce sujet.

## CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Le conseil des infirmières et infirmiers 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.

Composition du conseil des infirmières et infirmiers (au 31 mars 2017)	
M <sup>me</sup> Claudia McMahon, présidente	Trois-Rivières
M <sup>me</sup> Annie-Claude Frigon, vice-présidente	Arthabaska-Érable
M <sup>me</sup> Danielle Philibert	Bécancour-Nicolet-Yamaska
M <sup>me</sup> Suzie Côté	Drummond
M <sup>me</sup> Anick St-Onge	Énergie
M <sup>me</sup> Laurie Desrochers	Haut-Saint-Maurice
M <sup>me</sup> Sarah Chevalier	Maskinongé
M <sup>me</sup> Marguerite Dumont	Vallée-de-la-Batiscan
M <sup>me</sup> Geneviève Beaulé	InterVal
<b>Membres d'office :</b>	

Composition du conseil des infirmières et infirmiers (au 31 mars 2017)	
M <sup>me</sup> Dolorès Pronovost, présidente du CIIA	Énergie
M <sup>me</sup> Sandra Denoncourt, vice-présidente du CIIA	Maskinongé
M <sup>me</sup> Josée Simoneau, directrice des soins infirmiers	CIUSSS MCQ
M. Martin Beaumont, président-directeur- général	CIUSSS MCQ

### Faits saillants

Le conseil des infirmières et infirmiers a tenu sept rencontres régulières et toutes les rencontres prévues en 2016-2017 ont été tenues de façon conjointe entre le CECII et le CIIA avec un taux de participation de 74 %. De plus, cinq 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 :

- La politique sur les mesures de contrôle;
- La procédure de communication de renseignements personnels aux corps policiers;
- Le règlement et la procédure de divulgation;
- La politique de consentement aux soins de santé et aux services sociaux;
- La politique d'identification sans équivoque de l'utilisateur.
- La représentation du CII ou CIIA :
  - Conseil d'administration (1 membre du CIIA y participe);
  - Comité de travail – élaboration du code d'éthique harmonisé du CIUSSS MCQ (1 membre du CECII y a participé);
  - Comité d'éthique à la recherche du CIUSSS MCQ (1 membre du CECII y participe);
  - Comité d'éthique clinique organisationnel du CIUSSS MCQ (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 :

- Comité interdisciplinaire sur l'hygiène des mains (1 membre du CECII y participe);
- La prescription infirmière;
- Présentation aux membres de l'offre de service de cette direction adjointe;
- Le suivi de cinq inspections professionnelles (OIIQ-OIIAQ).

Dans le volet « **Évaluation, maintien et développement des compétences** » :

- Participation des infirmières et infirmières auxiliaires à différentes formations individuelles ou de groupes
- Application des normes de formation continue :
  - Pour l'OIIQ : formation obligatoire de 20 heures par an, dont 7 heures accréditées, pour les infirmières;
  - Pour l'OIIAQ : formation obligatoire de 10 heures par période de 2 ans, pour les infirmières auxiliaires.
- Symposium des leaders de la santé;
- Événement partenariat sous le thème "L'infirmière, acteur clé des soins de première ligne : de la naissance à la fin de la vie";
- Congrès de l'OIIAQ.

Dans le volet « **Amélioration de la pratique** » (règles de soins infirmiers) :

- Le CECII-CIIA a été consulté pour la mise en application des règles de soins infirmiers suivantes :
  - Soins de plaie, prescription infirmière;
  - Application des activités professionnelles reliées à la thérapie intraveineuse.

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

- Consultations effectuées auprès du comité exécutif du CII, sur lesquelles des avis ont été émis, entre autres :
  - L'harmonisation des pratiques alimentaires;
  - La politique de suivi et traitement des rapports du coroner;
  - Le transfert des professionnels en GMF.

### Autres

Plusieurs consultations et avis émis portant sur :

- la politique sur la promotion de la civilité et prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
- la procédure sur la gestion des situations conflictuelles et traitement des plaintes de harcèlement et violence au travail;
- le plan opérationnel 2016-2017 du CIUSSS MCQ;
- l'arborescence du site Web;
- la politique de santé et mieux-être.

Depuis sa création, le CECII travaille activement à la réalisation de différents mandats, entre autres : adoption de règlements, mise en place d'un réseau d'infirmières et d'infirmières auxiliaires de liaison, création d'un modèle de communiqué, adoption de plans d'action, d'un plan de communication, élaboration d'un dépliant, adoption des prévisions budgétaires, création de quatre comités, rédaction d'articles pour le CommUNIQUE, etc.

## CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Le conseil multidisciplinaire doit, entre autres, soumettre au conseil d'administration des recommandations relatives à la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres et 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;
- certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
- les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Composition du conseil multidisciplinaire (au 31 mars 2017)	
M. Michael Monast, président	Agent de relations humaines, Services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur famille - Drummondville
M. Pascal Huot, vice-président	Travailleur social, centre Laviolette
M. Michel Beudet, administrateur	Kinésologue, Services externes de réadaptation en déficience physique - Victoriaville
M <sup>me</sup> Charlene Bolger, administratrice	Organisatrice communautaire, Centre de services du Haut-Saint-Maurice
M. Jérémie Bousquet, administrateur	Travailleur social, CLSC Drummond

Composition du conseil multidisciplinaire (au 31 mars 2017)	
M. Alain Demers, administrateur	Psychologue, Centre de services Comtois
M. Benoît Desmarais, administrateur	Physiothérapeute, Centre d'hébergement et CLSC de Saint-Narcisse
M <sup>me</sup> Mylène Lemyre-Morrisette, administratrice	Éducatrice spécialisée, Services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme - Institut universitaire - Trois-Rivières
M <sup>me</sup> Marie-Pierre Paquin-Boutin, administratrice	Agent de planification, programmation et recherche, Centre Filles de la Sagesse
M <sup>me</sup> Julie Routhier, administratrice	Agent de relations humaines, CLSC de l'Érable
M <sup>me</sup> Chantal Turgeon, administratrice	Agent de relations humaines, Services de réadaptation en dépendance - Trois-Rivières
M <sup>me</sup> Caroline Renaud, administratrice	Physiothérapeute, Centre administratif du CSSS de l'Énergie
M. Olivier Tardif, observateur	Kinésologue, Centre St-Joseph

### Faits saillants

Le conseil multidisciplinaire a tenu dix rencontres avec un taux de participation de 87 %.

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

- Adoption par le comité de direction d'un document encadrant les comités de pairs et diffusion;
- Adoption par le comité de direction d'un document encadrant les prix reconnaissance des pairs et diffusé pour permettre une première remise des prix en juin 2017;
- Deux comités de pairs et un comité ad hoc en cours (répertoire des mesures alternatives et réduction des mesures de contrôle, uniformisation des formulaires en physiothérapie, uniformisation des documents cliniques en GMF);
- Consultation concernant la politique en lien avec l'application exceptionnelle d'une mesure de contrôle;
- Participation au comité interdisciplinaire sur l'hygiène des mains.

### Le conseil multidisciplinaire a participé à plusieurs consultations et comités, dont entre autres :

- Consultation concernant le plan de développement des compétences 2016-2017 et 2017-2018 du CIUSSS MCQ;
- Consultation concernant la procédure évaluation des compétences;
- Consultation concernant l'offre de service de la DSM;
- Consultation concernant la transformation vers une culture d'amélioration continue au CIUSSS MCQ;
- Participation au comité tactique concernant la transformation vers une culture d'amélioration continue;
- Participation aux travaux d'élaboration de la politique sur le processus clinique au CIUSSS MCQ;
- Consultation concernant le plan annuel 2016-2017;
- Consultation concernant le plan annuel 2017-2018;
- Consultation concernant la politique et la procédure sur la civilité, harcèlement et violence en milieu de travail;
- Consultation en lien avec la révision des dénominations des installations;
- Consultation concernant la révision du site Web;
- Consultation concernant la communication des renseignements personnels aux corps policiers;
- Consultation concernant le règlement sur la divulgation;
- Consultation concernant la politique sur le traitement du rapport du coroner;

- Consultation concernant la politique de santé et mieux-être;
- Consultation concernant le règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident;
- Consultation concernant la procédure relative à l'adaptation de lignes directrices, en fonction des données probantes, en vue de la rédaction de documents organisationnels visant à améliorer la prestation de services;
- Organisation de la première Assemblée générale annuelle (AGA) du CM du CIUSSS;
- Consultation concernant la politique de consentement aux soins de santé et aux services sociaux;
- Consultation concernant la politique d'identification sans équivoque de l'utilisateur;
- Actualisation du plan de communication notamment : création de l'image du CM, d'un document promotionnel, publication de communiqués au sein du CommUNIQUE, création de listes d'envois courriels.

## CONSEIL DES SAGES-FEMMES

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; à faire 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 avec l'établissement un contrat. 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.

Composition du comité des sages-femmes (au 31 mars 2017)	
M <sup>me</sup> Jessica Thompson, présidente	Sage-femme
M <sup>me</sup> Linda Bergeron, vice-présidente	Sage-femme
M <sup>me</sup> Émilie Brunet-Pagé, administratrice	Sage-femme
M <sup>me</sup> Lysianne C. Jutras, administratrice	Sage-femme
M <sup>me</sup> Barbara Paquet, secrétaire	Sage-femme
M <sup>me</sup> Nathalie Perreault	Directrice adjointe – Périnatalité et déléguée par Monsieur Martin Beaumont, président-directeur-général
M <sup>me</sup> Caroline Auclair	Sage-femme
M <sup>me</sup> Annie Bronsard	Sage-femme
M <sup>me</sup> Caroline Caron	Sage-femme
M <sup>me</sup> Katherine Groulx	Sage-femme
M <sup>me</sup> Marielle Labarre	Sage-femme (congé parental)
M <sup>me</sup> Guylaine Labbé	Sage-femme

M <sup>me</sup> Maude Lapointe	Sage-femme (congé de maternité)
M <sup>me</sup> Rebecca Lessard	Sage-femme
M <sup>me</sup> Caroline Marchand	Sage-femme
M <sup>me</sup> Sophie Martin	Sage-femme
M <sup>me</sup> Érica Goupil	Sage-femme (congé parental)
M <sup>me</sup> Luce Pinard	Sage-femme (congé parental)
M <sup>me</sup> Marie-Ève St-Laurent	Sage-femme
M <sup>me</sup> Maryse Poirier	Sage-femme (congé de maternité)
M <sup>me</sup> Cindy Boucher	Sage-femme (congé de maternité)

### Faits saillants

Le conseil des sages-femmes a tenu huit réunions, dont quatre extraordinaires, avec un taux de participation de 89 %.

- 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, satisfaire aux recommandations d'inspection professionnelle de l'Ordre des sages-femmes du Québec, poursuite des présentations de dossiers cliniques en comité périnatal bimensuellement.
- Faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres : la règle de soins sur le diabète vrai a été abolie et la règle de soins sur la prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B a été révisée, mise à jour et adoptée par le CSF.
- Recommandations sur les obligations rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme :
  - Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPROOB) :
    - 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 5 (11 membres)
    - Préparation pour le déploiement du module 6.
- Participation à diverses formations obligatoires et autres :
  - Urgences obstétricales (2 membres).
  - Réanimation néonatale avancée (5 membres).
  - RCR (2 participantes).
  - Formation d'allaitement – L'expression manuelle et le massage du sein (12 participantes).
  - Formation sur le dépistage urinaire et sanguin chez le nouveau-né (11 personnes).
  - Formation – comprendre et interpréter les examens de laboratoire (9 personnes).
- Poursuite des pratiques maisons en urgences obstétricales et en réanimation néonatale avancée.
- Rappel aux membres de satisfaire aux exigences de l'Ordre des sages-femmes du Québec (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 de trois sages-femmes en cours d'année.

## DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)

Le comité de direction du DRMG exerce, sous l'autorité PDG, les responsabilités suivantes : faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens et assurer la mise en place et l'application de la décision du CIUSSS relative à ce plan; définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux, définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires, faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières, évaluer 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 et donner 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 proposée par le réseau universitaire intégré de santé.

Composition du département régional de médecine générale (DRGM) (au 31 mars 2017)	
Dr Pierre Martin, Chef du DRMG (pas président)	Table médicale territoriale (TMT) de Trois-Rivières
Dr Jocelyn Hébert	TMT de Bécancour-Nicolet-Yamaska
Dr <sup>e</sup> 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 nommé depuis le 4 avril 2017	TMT de Maskinongé
Dr Janel Labbé	Représentant facultaire
M. Martin Beaumont, PDG du CIUSSS MCQ	Membre d'office

### Faits saillants

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

- **Transformation médicale – prestation médicale en 1re ligne et en établissement** : revoir les règles d'une prestation significative de la pratique médicale en première ligne, CLSC et soutien à domicile.

- **Favoriser l'atteinte des objectifs d'inscription de clientèle et le taux d'assiduité des cibles de PL20 :** mettre en œuvre le plan d'action du comité de pilotage sur la transformation médicale en collaboration avec la DSPPC.
- **Établir le profil de pratique en omnipratique de l'ensemble de la région MCQ :** Produire la cartographie de la pratique médicale intra et hors établissement
- **Favoriser la mise en place de réseaux d'accessibilité aux soins médicaux généraux dans les différents territoires intéressés :** soutenir les projets d'implantation des GMF-R Grand-Mère et Trois-Rivières.
- **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 1<sup>re</sup> ligne :** tournée des Tables médicales territoriales (TMT) et élaboration d'un plan d'organisation des services médicaux de chacun des RLS.

## CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a comme responsabilités, entre autres, de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques, d'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre, de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence à la suite d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que les privilèges et le statut à accorder, de donner son avis sur les mesures disciplinaires à imposer à un médecin, dentiste ou pharmacien et de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique.

Il a également comme mandat de donner des avis sur divers aspects administratifs comme, entre autres : les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans le CIUSSS MCQ le soient en complémentarité avec ceux dispensés dans un centre exploité par un autre établissement de la région et répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats, l'organisation technique et scientifique du CIUSSS MCQ et la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques, ainsi que l'organisation médicale.

Composition du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (au 31 mars 2016)	
Dr Jocelyn Gervais, président	RLS Centre-de-la-Mauricie
Dr Mario Pelletier, vice- président	RLS Trois-Rivières
Dr Gilles Viens, vice- président	RLS Drummond
Dr Michel Leblanc, secrétaire	RLS de Trois-Rivières
Dr Marco Gallant, trésorier	RLS de Drummondville
Dr Pierre Bareil, conseiller	RLS de Maskinongé

Composition du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (au 31 mars 2016)	
M. Éric Raby, conseiller	Département de pharmacie (RLS Trois-Rivières)
Dre Valérie Cardinal, conseillère	RLS Centre-de-la-Mauricie
Dre Marianne Lemay, conseillère (départ 21 mars 2017)	RLS Arthabaska-et-de-l'Érable
Dre Cécile Guedes-Marchand, conseillère	RLS Vallée-de-la-Batiscan
Dre Isabelle Héroux, conseillère	RLS de Bécancour-Nicolet-Yamaska
Dr Guy Thériault, conseiller	RLS Arthabaska-et-de-l'Érable
Dr Norman Laurin, conseiller	RLS Trois-Rivières
Dr Lionel Jospitre, conseiller	RLS du Haut-Saint-Maurice
Dr Christian Vinette, DSPPC	CIUSSS MCQ
Dr Thierry Dambry, DSPA	RLS de Maskinongé
M <sup>me</sup> Marie-Josée Hupé, adjointe DSPPC	CIUSSS MCQ
M <sup>me</sup> Manon Boudreau, conseillère (départ)	RLS Arthabaska-et-de-l'Érable
Dre Deborah Monaghan, vice-présidente (départ)	RLS Arthabaska-et-de-l'Érable
Dr Jean-François Turmel, conseiller (départ)	RLS Centre-de-la-Mauricie

### Faits saillants

Le comité exécutif du CMDP a tenu 11 rencontres avec un taux de participation de 92 % et 3 assemblées générales avec 317 participants le 15 mars 2017, 201 participants le 9 juin 2016 et 246 participants le 21 avril 2016.

<b>Comité d'examen des titres</b> Nombre de réunions : 4	Taux de participation : 91 %
<b>Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique</b> Nombre de réunions : 6	Taux de participation : 80 %
<b>Comité de pharmacologie</b> Nombre de réunions : 9	Taux de participation : 66 %

- 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 a formé un comité de discipline.**
- Dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont celui-ci dispose. **Le Projet**

« **Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles** » (Partenariat de soins) est l'un des services qui ressort.

- Le CMDP doit faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires, ainsi que les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique. **Il a accepté les recommandations du comité de pharmacologie.**
- 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 a effectué une modification au Plan de gouvernance médicale du CIUSSS et a procédé à la nomination des chefs de service, adjoints aux chefs de service et adjoints aux chefs de département.**
- Le CMDP assume toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration. **Il a fait une recommandation pour l'adoption du Règlement de régie interne du CMDP, a procédé à la nomination des membres du CECMDP, a fait une recommandation pour la nomination des membres du comité de révision du CIUSSS MCQ et a accepté les mandats du comité de pharmacologie et du comité de convenance.**
- Le CMDP doit faire des recommandations sur les qualifications et la compétence à la suite d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que les privilèges et le statut à accorder. **Il a ainsi désigné 10 médecins membres honoraires, 15 médecins ont eu des ajouts ou modification de privilèges, 6 médecins ont eu des retraits de privilège, 7 médecins ont obtenu un statut de membre actif et 3 territoires de RLS ont eu des octrois de statuts et privilèges et modification de statuts et privilèges et il a recommandé la nomination de quatre adjoints au chef de département de médecine générale pour le poste de chef du département de médecine générale en alternance.**

## COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES (CRSP)

Le comité régional sur les services pharmaceutiques 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.

Composition du comité régional sur les services pharmaceutiques (au 31 mars 2017)	
M. Martin Rajotte, président	Pharmacien établissement gestionnaire, coopté
M. Alain Bureau	Pharmacien établissement gestionnaire, coopté
M <sup>me</sup> France Vallée, vice-présidente	Pharmacienne propriétaire, élue
M. Pascal Gilbert	Pharmacien propriétaire, coopté
M <sup>me</sup> Malorie Lambert	Pharmacienne salariée, élue
M <sup>me</sup> Alexandra Plourde	Pharmacienne salariée, coopté
M. Erik Samson	Pharmacien établissement non-gestionnaire, coopté

### **Faits saillants**

Le comité a tenu trois rencontres avec un taux de participation de 82 %. Il a entrepris divers travaux et abordé les questions suivantes :

#### **Organisation des services pharmaceutiques :**

- Travaux relatifs au transfert de la production et du service de médicaments intra-veineuses pour les patients ambulants vers les pharmacies privées en progression.
- Diminution marquée des produits préparés par Drummondville et diminution projetée pour Arthabaska-et-de-l'Érable.
- Soutien en lien avec les travaux relatifs au transfert du suivi de la clientèle anticoagulée vers les pharmacies privées.

#### **Planification de la main d'œuvre :**

- Président du CRSP siège au comité de recrutement pharmaceutique du département de pharmacie du CIUSSS MCQ.
- Recrutement de sept pharmaciens dans notre département pour l'année en cours
- Un plan de développement de la main d'œuvre du département de pharmacie a été produit par le département de la pharmacie.

#### **Accessibilité et qualité des services pharmaceutiques :**

- Envois de documents faits aux pharmaciens du territoire afin de valider l'efficacité de la liste de diffusion créée. La liste est opérationnelle et fonctionnelle.
- Correspondance et arrimage fait au niveau des pharmacies communautaires pour faciliter l'enregistrement des pharmaciens comme prescripteurs de laboratoire ainsi que la prescription en soit de laboratoires.

#### **Approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques :**

- Rencontre relativement à la mise en place de pharmaciens dans les GMF.
- Amorçe d'un projet afin d'élargir la vaccination antigrippale en milieu communautaire.

#### **Autres mandats réalisés :**

- Participation à la création d'une réunion bi-annuelle avec les différents présidents des CRSP de la province et l'Ordre des pharmaciens du Québec.
- Désignation d'un nouveau membre pour siéger au CA
- Remplacement des postes laissés vacant par les départs de deux pharmaciennes
- Amorçe de réflexion sur la composition du CRSP (DSP membre du DRMG, etc.)

#### **Recommandation**

Le CRSP recommande au conseil d'administration de soutenir le plan de développement de la main-d'œuvre pharmaceutique au sein du CIUSSS MCQ.

## **COMITÉ DES USAGERS**

Dans le cadre de son mandat, le comité des usagers a pour fonctions, 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.

Composition du comité des usagers du CIUSSS MCQ (au 31 mars 2017)	
M <sup>me</sup> Diane Gagnon, présidente	Représentante CU Trois-Rivières
M. Pierre Gélinas, vice- président	Représentant CU Services de réadaptation en déficience physique InterVal MCQ
M <sup>me</sup> Lina Desrosiers, secrétaire	Représentante CR Centre d'hébergement St-Joseph
M. Réjean Chauvette, trésorier	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 <sup>me</sup> Nicole Poirier	Représentante CU Haut-Saint-Maurice
M <sup>me</sup> Huguette Baribeau	Représentante CU Bécancour-Nicolet-Yamaska
M <sup>me</sup> Ginette Boisvert	Représentante CR Lucien-Shooner
M. Raymond Forest	Représentant CU de l'Énergie
M. Robert Millette	Représentant CU Services de réadaptation en dépendance
M <sup>me</sup> Hélène C. Pépin	Représentante CU Vallée-de-la-Batiscan
M. Jacques-André Racicot	Représentant CU volet santé mentale
M. Marc-André Rancourt	Représentant CR Centre d'hébergement de Warwick
M. Jean-Claude Ferron	Représentant CR Résidence St-Maurice
M <sup>me</sup> Gisèle Sirois- Couture	Représentante CU Maskinongé
M <sup>me</sup> Suzanne Gervais	Représentante CU Drummondville
M <sup>me</sup> Hélène Bouchard	Représentante CU Services de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme – Institut universitaire
Ont quitté au cours de l'année :	M. Valentin Gava, M <sup>me</sup> Lucie Arbour, M. Guy Caron et M <sup>me</sup> Marthe Rivard
Personnes ressources présentes :	M <sup>me</sup> Claire Leblanc, Éric Gervais, M <sup>me</sup> Renée Villemure et M <sup>me</sup> Stéphanie Éthier

### Faits saillants

Le comité a tenu neuf rencontres régulières, douze rencontres de l'exécutif et cinq réunions de comité ad hoc avec un taux de participation de 90 %.

### Le comité a réalisé les activités suivantes :

- Participation au congrès du RPCU en octobre 2016.

- Journée régionale des CU et CR.
- Nomination d'un membre au comité milieu de vie stratégique.
- Participation d'un membre du CUCI aux rencontres bilan suivant une visite ministérielle.
- Participation d'un membre du CUCI à l'élaboration du plan d'action 2016-2018 pour les personnes handicapées.
- Démarches pour clarifier le délai imposé par l'établissement pour libérer la chambre lors du décès d'un résident.
- Formation d'un comité ad hoc par le CUCI visant à encadrer l'accompagnement pour les usagers DI-TSA et en Services jeunesse.
- Apport du CUCI aux stratégies de recrutement de membres pour les CR.
- Participation de nos membres à 15 comités de l'établissement.
- Processus visant l'embauche d'une personne-ressource pour le CUCI selon le processus déterminé par son comité exécutif.
- Reddition de comptes pour l'année 2015-2016, reddition contenant les rapports d'activités et financiers des CU et CR.
- Protocole de communication avec l'établissement et entre les membres du CUCI, des CU et des CR.

## COMITÉ PHILANTHROPIQUE

Le comité de philanthropie a pour but d'harmoniser nos pratiques en sollicitation afin de présenter une image positive de la venue du CIUSSS MCQ, dans le respect de l'autonomie des Fondations. Ce comité est formé d'un membre nommé par chaque fondation du territoire desservi par le CIUSSS MCQ. Dans un esprit de partage et de collaboration, le comité est principalement un lieu d'échange, de partage des connaissances et de collaboration entre l'équipe de gestion du CIUSSS MCQ et les fondations du territoire.

Composition du comité philanthropique (au 31 mars 2017)	
M. Pierre Labonté, coprésident	Fondation CLSC-CHSLD de l'Érable
M <sup>me</sup> Jacynthe Vallée, coprésidente	Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska
M. Martin Beaumont, PDG	CIUSSS MCQ
M. Gaétan Lamy, PDGA	CIUSSS MCQ
M <sup>me</sup> Lyne Girard, DGAPSR	CIUSSS MCQ
M <sup>me</sup> Lucie Letendre, DGAPSP-SAPA	CIUSSS MCQ
M <sup>me</sup> Audrey-Ann Milot, adjointe au PDG	CIUSSS MCQ
M <sup>me</sup> Christiane Lemaire, conseillère	CIUSSS MCQ
M. Philippe Bergeron, président	Fondation CLSC Suzor-Côté
M. Gilles Langlois, DG	Fondation CLSC Suzor-Côté
M. Alain Dumont, président	Fondation HDA

Composition du comité philanthropique (au 31 mars 2017)	
M <sup>me</sup> Magalie Houle, présidente	Fondation Ste-Croix-Hériot
M <sup>me</sup> Chareyne Lupien, DG	Fondation Ste-Croix-Hériot
M. Luc Belle-Isle, DG	Fondation Le Parrainage
M. Robert Dessureault, président	Fondation Le Parrainage
M <sup>me</sup> Chantale Gaboury, présidente	Fondation CSSS de Maskinongé
M <sup>me</sup> Caroline Hubert, DG	Fondation CSSS de Maskinongé
M. Marc-André Gagnon, président	Fondation Ermitage
Mme Sylvie Côté, DG	Fondation Ermitage
Mme Danielle Gamelin, DG	Fondation Bécancour-Nicolet-Yamaska
M. Éric Gilbert, président	Fondation du CSSS de l'Énergie
M <sup>me</sup> Amélie Vallée, DG	Fondation du CSSS de l'Énergie
M. Jean Turcotte	Fondation InterVal
M. Fernand Legault, DG	Fondation InterVal
M. André Gabias, président	Fondation du Centre jeunesse MCQ
M <sup>me</sup> Caroline Bérubé	Fondation CSSS Haut-Saint-Maurice
Mme Isabelle Voyer, présidente	Fondation CSSS Haut-Saint-Maurice
M. Mario Lafontaine, président	Fondation Foyer Mgr Paquin
M <sup>me</sup> Lisette Tremblay, présidente	Fondation RSTR
M <sup>me</sup> Nathalie Villemure, DG	Fondation RSTR
M. Donat Gingras	Fondation CLSC Vallée de la Batiscan
M. Donald Grimard, président	Fondation du CLSC Vallée-de-la Batiscan
M <sup>me</sup> 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

## Faits saillants

Le comité philanthropique, qui regroupe 18 fondations, a tenu quatre rencontres avec un taux de participation de 63 %. Toutes ensemble, les fondations ont recueilli un montant de 10 925 566 \$ en 2016-2017. Le comité a abordé les éléments suivants au cours de l'année :

- Rôle et structure :
  - Création d'un onglet Fondations sur le nouveau site Web du CIUSSS MCQ;
  - Mise à jour de 2 fiches de procédures pour la sollicitation des usagers et des donateurs par le CIUSSS;
  - Dépôt du nouveau code d'éthique du CIUSSS MCQ.
- Harmonisation des pratiques :
  - Poursuite de la réflexion sur l'uniformisation des politiques d'affichage et de toponymie dans les installations. À compléter en 2017;
  - Poursuite de la mise en place d'une politique uniformisée pour l'acquisition d'équipements par les fondations. À compléter en 2017.
- Échange et collaboration entre les fondations et la direction du CIUSSS MCQ :
  - Rapport des activités du CIUSSS MCQ par le PDG à chaque rencontre;
  - Reddition de comptes du membre observateur du CA du CIUSSS MCQ à chaque rencontre;
  - 2<sup>e</sup> participation du PDG au colloque de l'Association des Fondations d'Établissements de Santé au Québec (AFESAQ);
  - Organisation d'une formation pour les membres des CA de fondations visant la saine gouvernance, offerte par le CIUSSS;
  - Mise en place de la sollicitation des nouveaux résidents des CHSLD;
  - Présentation du plan opérationnel 2016-2017;
  - Présentation de la démarche d'harmonisation des noms des installations par le MSSS;
  - Proposition de projet de sollicitation de dons aux bornes de stationnement;
  - Présentation de la couverture d'assurances du CIUSSS pour les fondations;
  - Présentation de la distinction entre les fondations apparentées et non apparentées.
- Concertation sur les enjeux :
  - Présentation par la direction de la Logistique sur le portrait des règles et enjeux d'approvisionnement et du volume des achats locaux. Discussions sur la possibilité de favoriser l'achat local dans nos projets tout en respectant les règles et discussions sur le traitement des dons en nature dans des projets de construction;
  - Discussions sur les impacts de la loi 20 sur les relations avec le CMDP;
  - Discussions sur les impacts du projet Optilab sur les fondations;
  - Discussions sur les problématiques de retard des commandes d'équipements financés par les fondations.
- Développement de la culture philanthropique :
  - Période d'échanges de bons coups et bonnes pratiques des fondations.
  - Formation sur la gouvernance offerte à tous les administrateurs des fondations le 19 avril 2017 par M. Michel Clair.

## Recommandations

- Tenir quatre rencontres par année (février, avril, juin et octobre);
- Poursuivre les travaux au niveau de la toponymie, de l'affichage et des acquisitions d'équipements en 2017 jusqu'à l'obtention de politiques officielles pour les fondations;
- Maintenir le niveau d'implication et de collaboration en 2017-2018 entre la direction du CIUSSS et ses fondations;

- Maintenir le niveau d'ouverture et d'écoute des enjeux soulevés par les fondations et l'allocation de ressources pour leur venir en aide entre les parties;
- Maintenir le partage des bonnes pratiques avec ses pairs et la collaboration de la direction à encourager les initiatives des fondations;
- Allouer un peu plus de temps pour les échanges dans les rencontres.

## COMITÉ RÉGIONAL POUR LE PROGRAMME D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

Conformément aux directives ministérielles, c'est à l'automne 2017 que sera mis sur pied le Comité régional sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise du CIUSSS MCQ. Conséquemment, le comité n'a tenu aucune activité en 2016-2017.

## 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 « désignés » 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.

Composition du comité d'éthique de la recherche multiclientèle (au 31 mars 2017)	
M. Bernard Deshaies, président	Membre représentant du CMDP
M <sup>me</sup> Marie-Hélène Gagnon	Membre représentant du CMDP
D <sup>re</sup> Camille Abi-Raad	Membre détenant une expertise scientifique
D <sup>r</sup> Emmanuel Charbonney	Membre détenant une expertise scientifique
D <sup>r</sup> Pierre Gagné	Membre détenant une expertise scientifique
D <sup>re</sup> Claudia Houle	Membre détenant une expertise scientifique
D <sup>re</sup> Catherine Lemay	Membre détenant une expertise scientifique
D <sup>re</sup> Anouk Tremblay	Membre détenant une expertise scientifique

Composition du comité d'éthique de la recherche multiclientèle (au 31 mars 2017)	
M <sup>me</sup> Marguerite Dumont	Membre représentant du CII
M <sup>me</sup> Danielle Tapps	Membre représentant du CII
M <sup>me</sup> Danielle Champagne	Membre représentant du conseil multidisciplinaire
M. Réjean Boivin	Membre détenant une expertise en éthique
M. Daniel Gagné	Membre détenant une expertise en éthique
M <sup>me</sup> Lise Dubuc	Membre représentant la collectivité sans affiliation avec l'établissement
M. Gilles Ducharme	Membre représentant la collectivité sans affiliation avec l'établissement
M. Pierre Tremblay	Membre représentant la collectivité sans affiliation avec l'établissement
M <sup>e</sup> Emmanuel Ayotte	Membre détenant une expertise juridique
M <sup>e</sup> Maxim Veillette	Membre détenant une expertise juridique

### Faits saillants

Le Comité d'éthique de la recherche multiclientèle a tenu onze rencontres avec un taux de participation de 90 %.

Voici le nombre de recherches effectuées au cours de la dernière année.

Évaluation de nouveaux projets de recherche	24
• Multicentriques	4
• Monocentriques	20
Évaluation de demandes de modifications	26
Évaluation de demandes de renouvellement annuel	26
Évaluation d'avis de fermeture	12
Évaluation d'autres types de demandes de suivi continu	108

### Recommandations

- La structure en éthique de la recherche;
- La reconduction du mandat des membres du CÉR;
- L'adoption du Règlement des CÉR.

## 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 « désignés » 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.

Composition du comité d'éthique de la recherche conjoint DI-TSA (au 31 mars 2017)	
M <sup>me</sup> Anne-Marie Hébert, présidente	Membre détenant une expertise juridique
M. Éric Bellefeuille	Représentant du conseil multidisciplinaire, travaillant avec la clientèle DI-TSA
M <sup>me</sup> Francine Julien-Gauthier	Membre détenant une expertise scientifique
Mme Annie Paquet	Membre détenant une expertise scientifique
Mme Claudine Jacques	Membre détenant une expertise scientifique
Mme Diane Morin	Membre détenant une expertise scientifique
M. Stéphane Courtois	Membre détenant une expertise éthique
Mme Marie-Josée Drolet	Membre détenant une expertise éthique
Mme Marie-France Gagnier	Membre détenant une expertise juridique
M. Thierry Boyer	Représentant la communauté, sans affiliation avec l'établissement
Mme Claire Leblanc	Représentant la communauté, sans affiliation avec l'établissement
Mme Monique Lamontagne	Représentant la communauté, sans affiliation avec l'établissement

### Faits saillants

Le Comité d'éthique de la recherche conjoint DI-TSA a tenu sept rencontres avec un taux de participation de 90 %.

Voici le nombre de recherches effectuées au cours de la dernière année.

Évaluation de nouveaux projets de recherche	18
• Multicentriques	9
• Monocentriques	9
Suivis de projets de recherche en cours	13
Évaluation en mode plénier	17
Évaluation en mode délégué	14

### Recommandations

- La structure en éthique de la recherche;
- La reconduction du mandat des membres du CÉR;
- L'adoption du Règlement des CÉR.

---

# 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'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 assujéti 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 habiletés 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 partisans.

### 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 électorale;

- 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. 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 à 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 – PORTRAIT DES SERVICES À LA POPULATION

### Jeunesse-famille

#### Périnatalité et maisons de naissance

- Clinique de procréation médicalement assistée (PMA)
  - Clinique Grossesse à risque élevé (GARE)
- Cours prénataux
- Suivis de grossesse
- Programme OLO
- Visites postnatales
- Soutien à l'allaitement
- Vaccination
- Services de sage-femme
- Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

#### Jeunes en difficulté et santé mentale

- Services intégrés en négligence
- Services aux jeunes en difficulté et leur famille
- Services de proximité et en protection de la jeunesse
- Services sociaux en milieu scolaire et en milieu familial
- Services en dépendances
- Services de santé mentale et spécialisés
- Guichet d'accès jeunesse

#### Réadaptation, délinquance et hébergement jeunesse

- Services de réadaptation
- Programme de réinsertion
- Programme de qualification des jeunes
- Services en RTF, foyers de groupe et centres de réadaptation
- Famille d'accueil – Ressource non institutionnelle (RNI jeunesse)

#### Santé communautaire

- Vaccination
- Clinique de santé sexuelle (IVG, ITSS)
- Clinique de santé publique
- Santé scolaire
- École en santé

#### Direction de la protection de la jeunesse

- Direction provinciale (LSJPA)
- Guichet centralisé LPJ (signalement)
- Évaluation-Orientation
- Révision des mesures de protection

### Santé publique

#### Promotion-prévention

- Clinique santé voyage
- Soins dentaires
- Saines habitudes de vie et Programme 0-5-30

#### Protection

- Santé au travail
- Maladies infectieuses
- Risques biologiques et environnementaux
- Surveillance de l'état de santé de la population

### Santé mentale adulte et dépendance

#### Services psychosociaux, santé mentale et dépendance

- Services psychosociaux généraux
- Programme dépendances
- Intervention en situation de crise 24/7 (suicide, violence conjugale et familiale)
- Guichet d'accès en santé mentale
- Soutien d'intensité variable dans la communauté (SIV)
- Suivi intensif dans le milieu (SIM)
- Services d'intégration socioprofessionnelle (SIS)
- Soutien à l'entourage
- Programme d'évaluation des conducteurs à risque
- Réadaptation alcool, drogue et jeu
- Désintoxication et programme de traitement de substitution
- Réinsertion sociale

#### Organisation de services dans la communauté

#### AAOR

#### Hébergement et services spécialisés en santé mentale et dépendance

#### Services externes en toxicomanie

- Clinique du Centre
- Clinique Le Vaisseau d'Or
- Traitements de substitution à la méthadone

### Déficiência intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiência physique

#### Continuum santé bien-être DI-TSA

- Services psychosociaux à la personne et aux proches
- Intervention en situation de crise 24/7
- Guichet d'accès en santé mentale
- Soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté
- Services spécialisés en TGC
- Évaluations, diagnostics RGD DI-TSA-DP (moteur et langage)
- Adaptation/Réadaptation à la personne (développement de l'autonomie)
- Services spécifiques et spécialisés 0-7 ans DI-TSA-DP
  - Répit et dépannage
  - Intégration en milieu de garde
  - Intégration en milieu scolaire
  - Éducation spécialisée aux familles et aux proches
- Services spécifiques et spécialisés 8-21 ans DI-TSA-DP
  - Répit et dépannage
  - Intégration au travail et communautaire (habitudes de vie, rôles sociaux)
  - Milieu scolaire
  - Éducation spécialisée aux familles et aux proches
- Réadaptation résidentielle

- Soutien aux personnes présentant une DI ou un TSA occupant un logement autonome ou un milieu de vie substitué à leur milieu naturel

#### **Continuum santé bien-être DP**

- Évaluation
- Contribution au diagnostic différentiel et au pronostic de participation sociale
- Soutien à la collectivité, expertise-conseil et consultations spécialisées
- Planification et coordination des services par une équipe multidisciplinaire
- Intégration sociale et support aux milieux de vie
- Services en déficience du langage
  - Développement de la communication et de moyens adaptés
  - Conception et adaptation d'aides techniques et technologiques à la communication
  - Attribution et entraînement à l'utilisation d'aides à la communication (tableau de communication)
- Services en déficience visuelle
  - Enseignement du braille et de l'informatique adaptée
  - Orientation et mobilité - apprentissage des déplacements
  - Attribution et entraînement à l'utilisation des aides visuelles
  - Adaptation physique des milieux de vie : domicile, garderie, école, travail
- Services en déficience auditive
  - Attribution et entraînement à l'utilisation d'aides de suppléance à l'audition
  - Entraînement et recommandations à l'utilisation de prothèses auditives
  - Apprentissage d'un mode de communication
  - Réadaptation fonctionnelle intensive post-implant cochléaire
  - Accès au service régional d'interprétariat pour les personnes sourdes ou malentendantes de l'est du Québec
- Services en déficience motrice
  - Intervention en dysphagie
  - Intervention en spasticité
  - Adaptation du véhicule automobile
  - Évaluation de la conduite automobile
  - Conception, attribution et entraînement à des aides techniques : à la posture et à la mobilité, aux AVQ-AVD (fiduciaire), de suppléance à la communication

#### **Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)**

##### **Réadaptation**

- Physiothérapie Ergothérapie
- Clinique de la main
- Clinique de spasticité
- Neuropsychologie
- Audiologie
- Orthophonie

##### **Aides techniques (posture et mobilité, suppléance à l'audition, communication, technique en DV)**

##### **Programmes financiers DI-TSA-DP**

#### **Soutien à l'autonomie de la personne âgée**

- Hébergement
  - Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
  - Lits d'hébergement temporaire
  - Hébergement dans la communauté
  - Résidences d'accueil
  - Ressources intermédiaires d'hébergement (RI-RTF-UTRF, unité É/O)
  - Ressource intermédiaire de convalescence
  - Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)
  - Lits d'évaluation – orientation
- Service médical et dentaire
- Service pharmaceutique
- Soins infirmiers
- Soins d'assistance
- Services de réadaptation
- Nutrition et service alimentaire
- Service d'animation loisir
- Éducation spécialisée
- Intervention psychosociale
- Soins spirituels pour les résidents et les usagers hospitalisés
- Unités prothétiques fermées
- Services interdisciplinaires
- Activités bénévoles
- Services gériatriques UCGG-SAG
  - Clinique de la mémoire
  - Suivi systématique des troubles cognitifs
- Service dans la communauté
  - RNI jeunesse et DI-TSA
  - Prévention des chutes
  - Centre de jour
- Soutien à domicile
  - Accueil, évaluation, orientation
  - Soins infirmiers
  - Services médicaux
  - Aide à domicile
  - Services psychosociaux
  - Psychoéducation
  - Physiothérapie
  - Ergothérapie
  - Inhalothérapie
  - Nutrition
  - Prêt d'équipements
  - Intervention multifactorielle personnalisée (prévention des chutes)
  - Programmes financiers
  - Soins d'assistance
  - Volet psychosocial et liaison gériatrique
  - Volet réadaptation et prêt d'équipement
- Soutien
  - Services gériatriques
  - Soins palliatifs et de fin de vie
  - Support aux proches aidants
  - Adoption et retrouvailles
  - Maltraitance envers les aînés
  - Soins spirituels
  - Certification des résidences privées

- Reconnaissance des RNI

## Soins infirmiers

### Soins ambulatoires de santé primaire

- Centres ambulatoires
- Établissement de détention
- Soins infirmiers courants (santé courante)
- Hépatite C
- Clinique ambulatoire de cardiologie, de neurologie et de sclérose en plaques
- Clinique spécialisée de sclérose en plaques

### Gestion des maladies chroniques

- Prévention, promotion et autogestion de sa maladie chronique
- Nutrition
- Maladies métaboliques
- Programme Choisir de maigrir?
- Programme Ma santé à vie (syndrome métabolique)
- Cliniques de diabète et d'endocrinologie
- Insuffisance rénale, hémodialyse,
  - Cliniques de pré-dialyse (CIR – CIRA)
  - Dialyse péritonéale
  - Hémodialyse nocturne
  - Service d'hémodialyse
  - Clinique externe en néphrologie
  - Pré-greffe rénale
- Maladies respiratoires
  - Centre de l'enseignement de l'asthme
  - Centre d'abandon du tabagisme
  - Clinique externe de pneumologie
  - Laboratoire du sommeil
  - Réadaptation pulmonaire
  - Clinique Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Programme des soins médicaux et de cardiologie
  - Électrophysiologie médicale
  - Hémodynamie
  - Clinique d'insuffisance cardiaque
  - Clinique de coronaropathie
  - Clinique d'arythmie et de cardiostimulation
  - Clinique de valvulopathies
- Programme d'évaluation urgente des douleurs thoraciques (PRÉVU)
  - Clinique de relance post-hospitalière
  - Service d'électrophysiologie médicale - neurologie
- Programme de lutte contre le cancer
  - Hémato-oncologie
  - Dépistage du cancer colorectal
  - Dépistage du cancer du col utérin
  - Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
  - Hémato-oncologie
  - Radio-oncologie
  - Registre québécois sur le cancer

### Unités d'hospitalisation en médecine interne et spécialisée

- Unité des naissances
- Unité familiale

- Unité néonatale
- Unité de pédiatrie
- Unité de soins psychiatriques
- Unité d'hospitalisation brève
- Unité de soins palliatifs
- Unités d'hospitalisation du Programme de médecine familiale
- Unité de médecine spécialisée et générale
- Unité de médecine interne (UMI)
- Unités d'hospitalisation en cardiologie
- Unité de chirurgie spécialisée
- Unité de médecine et chirurgie générale
- Unité de chirurgie orthopédique
- Unité de neurologie, neurochirurgie et rhumatologie
- Unité de pédopsychiatrie

### Prévention des infections

### Soins de plaies

## Services multidisciplinaires

### Accueil-admission

- Transport des usagers
- Info-Santé et Info-Social

### Centrales de rendez-vous

### Archives médicales

### Pharmacie

- Anticoagulothérapie

### Imagerie médicale et médecine nucléaire

- Évaluation du cœur fœtal par échographie
- Échocardiographie pédiatrique
- Endoscopie
- Médecine nucléaire
- Radiologie
- Mammographie
- Médecine nucléaire (tomographe par émission de positrons)
- Résonnance magnétique

### Biologie médicale

- Centre de prélèvement

### Inhalothérapie

### Nutrition clinique en centre hospitalier

### Réadaptation en centre hospitalier

- Ergothérapie
- Physiothérapie

### Bénévoles

## Services professionnels (médicaux)

### Services médicaux courants

- GMF
- Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO)
- Unité de médecine familiale (UMF)

### Urgence et soins critiques

- Urgences
- Unité de décision clinique
- Traumatologie et TCCL
- Unité de soins intensifs

- Unités coronariennes
- Services préhospitaliers
- Dons d'organes
- Coroner

#### **Programmes chirurgicaux et services spécialisés**

- URDM
- Endoscopie
- Neurochirurgie
- Orthopédie
- Chirurgie spécialisée
- Chirurgie d'un jour
- Bloc opératoire
- Salle de réveil
- Procréation assistée

#### **Spécialités médicales**

- Anesthésiologie
- Biologie médicale
  - Service d'anatomopathologie
  - Service de biochimie
  - Service d'hématologie
  - Service de microbiologie et maladies infectieuses
  - Service de biochimie médicale
- Chirurgie
  - Service de chirurgie buccale et dentaire
  - Service de chirurgie maxillo-faciale
  - Service de chirurgie générale
  - Service de chirurgie plastique
  - Service de chirurgie vasculaire et thoracique
  - Service de neurochirurgie
- Service d'ophtalmologie
- Service d'orthopédie
- Service d'oto-rhino-laryngologie
- Service d'urologie
- Imagerie médicale
- Médecine d'urgence
- Médecine interne
  - Service de cardiologie
  - Service de dermatologie
  - Service d'endocrinologie
  - Service de gastro-entérologie
  - Service de gériatrie spécialisée
  - Service d'hématologie

- Service de microbiologie et maladies infectieuses
- Service de néphrologie
- Service de neurologie
- Service de physiothérapie
- Service de pneumologie
- Service de rhumatologie
- Service de soins intensifs
- Service de médecine interne

- Médecine familiale
- Médecine nucléaire –
- Obstétrique-gynécologie
- Pédiatrie
- Psychiatrie
- Radio-oncologie

#### **Cliniques externes**

- Clinique externe de pédopsychiatrie du Centre Arc-en-Ciel
- Parkinson et Épilepsie
- Psychiatrie
- Pneumologie
- Chirurgie générale
- Chirurgie vasculaire
- Dermatologie
- Hémato-oncologie
- Locomoteur et douleur chronique
- Médecine interne
- Microbiologie-Infectiologie
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Obstétrique-gynécologie
- Ophtalmologie
- Orthoptie
- ORL
- Orthopédie
- Pédopsychiatrie
- Pédiatrie
- Plastie
- Rhumatologie
- Urologie

#### **Clinique interdisciplinaire en musculosquelettique**

#### **Clinique de gestion de la douleur chronique**

## ANNEXE III – 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 IV - LISTE DES ACRONYMES

ACMDP :	Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens	DAUSC :	Direction adjointe urgence et soins critiques
AEOL :	Accueil, évaluation, orientation et liaison	DCI :	Dossier clinique informatisé
AFÉSAQ :	Association des fondations d'établissements de santé du Québec	DEA :	Défibrillateurs externes automatisés
AMPROOB :	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux	DI :	Déficiência intellectuelle
APSS :	Accès priorisé aux services spécialisés	DJS :	Dossier justificatif sommaire
AVC :	Accident vasculaire cérébral	DM :	Déficiência motrice
CECII-CIIA :	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers-Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	DP :	Déficiência physique
CEPI :	Candidat à l'exercice de la profession d'infirmière	DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse
CÉR :	Comité d'éthique de la recherche	DPSMAD :	Direction du programme santé mentale adulte et dépendance
CH :	Centre hospitalier	DQEPE :	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
CHAUR :	Centre hospitalier affilié universitaire régional	DRF :	Direction des ressources financières
CHE :	Certified Health Executive	DRMG :	Département régional de médecine générale
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	DRHCAJ :	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
CHSLD :	Centre hospitalier de soins de longue durée	DRI :	Direction des ressources informationnelles
CII :	Conseil des infirmières et infirmiers	DSPPC :	Direction des services professionnels et de la pertinence clinique
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux	DSP-RP :	Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	EGI :	Entente de gestion et d'imputabilité
CJE :	Centre jeunesse emploi	ETC :	Équivalent temps complet
CLE :	Centre local d'emploi	ETMI :	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
CLSC :	Centre local de santé communautaire	FCASS :	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
CM :	Conseil multidisciplinaire	FMSQ :	Fédération des médecins spécialistes du Québec
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	FQRSC :	Fonds de recherche du Québec
CPEITC :	Centre de partage et d'expertise en intervention technoclinique	GAMF :	Guichet d'accès à un médecin de famille
CPS :	Centre de prévention suicide	GBM :	Génie biomédical
CPQS :	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	GESTRED :	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
CQA :	Conseil Québécois d'agrément	GIS :	Groupe interdisciplinaire de soutien
CR :	Comité de résidents	GMF :	Groupe de médecine familiale
CR :	Centre de réadaptation	GMF-R :	Groupe de médecine familiale – Réseau
CRDITED :	Centre de réadaptation en déficiência intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme	GMF-U :	Groupe de médecine familiale – Universitaire
CRDP :	Centre de réadaptation en déficiência physique	GPMO :	Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
CRDS :	Centre de répartition des demandes de services	GRH :	Gestion des ressources humaines
CRSP :	Conseil régional sur les services pharmaceutiques	GVSS :	Groupe vigilance pour la sécurité des soins
CSF :	Conseil des sages-femmes	HCM :	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux	HDA :	Hôtel-Dieu d'Arthabaska
CU :	Comité des usagers	HSC :	Hôpital Sainte-Croix
CUCI :	Comité des usagers du centre intégré	HSM :	Haut Saint-Maurice
CVQ :	Comité de vigilance et de la qualité	ICI :	Intervention comportementale intensive
DACD :	Diarrhées associées au Clostridium difficile	ICM :	Institut de cardiologie de Montréal
		INESSS :	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
		INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
		ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
		IU :	Institut universitaire

JP :	Jours-présence	RPCU :	Regroupement provincial des comités des usagers
LGCE :	Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs	RQSUCH :	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier
LPJ :	Loi sur la protection de la jeunesse	RSIPA :	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
LSJPA :	Lois sur le système de justice pénale pour les adolescents	RSSF :	Responsable des services sages-femmes
LSSS :	Loi sur les services de santé et services sociaux	RSSS :	Réseau de la santé et des services sociaux
MCQ :	Mauricie et Centre-du-Québec	RTF :	Ressource de type familial
MRC :	Municipalité régionale de comté	RTS :	Rétention et traitement des signalements
MRSP :	Médecins répondants spécialistes en psychiatrie	SAD :	Soutien à domicile
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux	SAPA :	Soutien à l'autonomie de la personne âgée
NSA :	Niveau de soins alternatifs	SARM :	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
OC :	Organisme communautaire	SDA :	Supervision des droits d'accès
OEMC :	Outil d'évaluation multiclientèle	SII-TGC :	Service d'intervention intensive en trouble grave du comportement
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	SIM :	Suivi intensif dans le milieu
OPHQ :	Office des personnes handicapées du Québec	SIPAD :	Système d'information pour personnes ayant une déficience
ORIIMCQ :	Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Mauricie et du Centre-du-Québec	SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
OSFQ :	Ordre des sages-femmes du Québec	SI-SPIN :	Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales
PAB :	Préposé aux bénéficiaires	SISSS :	Système d'information sur la sécurité des soins et services
PARSP :	Plan d'action régional en santé publique	SIU :	Systèmes d'information unifiés
PASM :	Plan d'action en santé mentale	SIURGE :	Système d'information dans les urgences
PCEM :	Plan de conservation de l'équipement et du mobilier	SIV :	Souvent d'intensité variable
PCFI :	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière	SMAF :	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
PCI :	Prévention et contrôle des infections	SPU :	Services préhospitaliers d'urgence
PDG :	Président-directeur général	SPFV :	Soins palliatifs de fin de vie
PDGA :	Président-directeur général adjoint	SQETGC :	Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement
PIN :	Programme d'intervention en négligence	TC :	Trouble de comportement
PMA :	Procédation médicale assistée	TCA :	Trouble du comportement alimentaire
PMO :	Plan de main-d'œuvre	TCC :	Traumatisme crano-cérébral
PNSC :	Plan national de sécurité civile	TCCL :	Traumatisme crano-cérébral léger
PQI :	Plan québécois des infrastructures	TGC :	Trouble grave du comportement
PrAG :	Programme d'antibiogouvernance	TI :	Technologie de l'information
PS :	Plan stratégique	TMT :	Table médicale territoriale
PSOC :	Programme de soutien aux organismes communautaires	TPR :	Temps partiel régulier
PTAAC :	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	TROC :	Table régionale des organismes communautaires
RAC :	Résidence à assistance continue	TSA :	Trouble du spectre de l'autisme
RAMD :	Réseau d'accessibilité médicale Drummond	UMF :	Unité de médecine familiale
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec	UQTR :	Université du Québec à Trois-Rivières
RCR :	Réanimation cardiorespiratoire	URDM :	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
RGD :	Retard global de développement	URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
RHD :	Ressource d'hébergement en dépendance	URLS :	Unité régionale du loisir et du sport
RI :	Ressource intermédiaire	USI :	Unité des soins intensifs
RLS :	Réseau local de services	VCT :	Vérification complémentaire terrain
RNETSA :	Réseau national d'expertise en trouble du spectre de l'autisme	VGQ :	Vérificateur général du Québec
RNI :	Ressource non institutionnelle		
RORC :	Responsable observation des règles contractuelles		
RPA :	Résidence privée pour aînés		

---

**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](http://www.ciusssmcq.ca)

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

**Québec** 