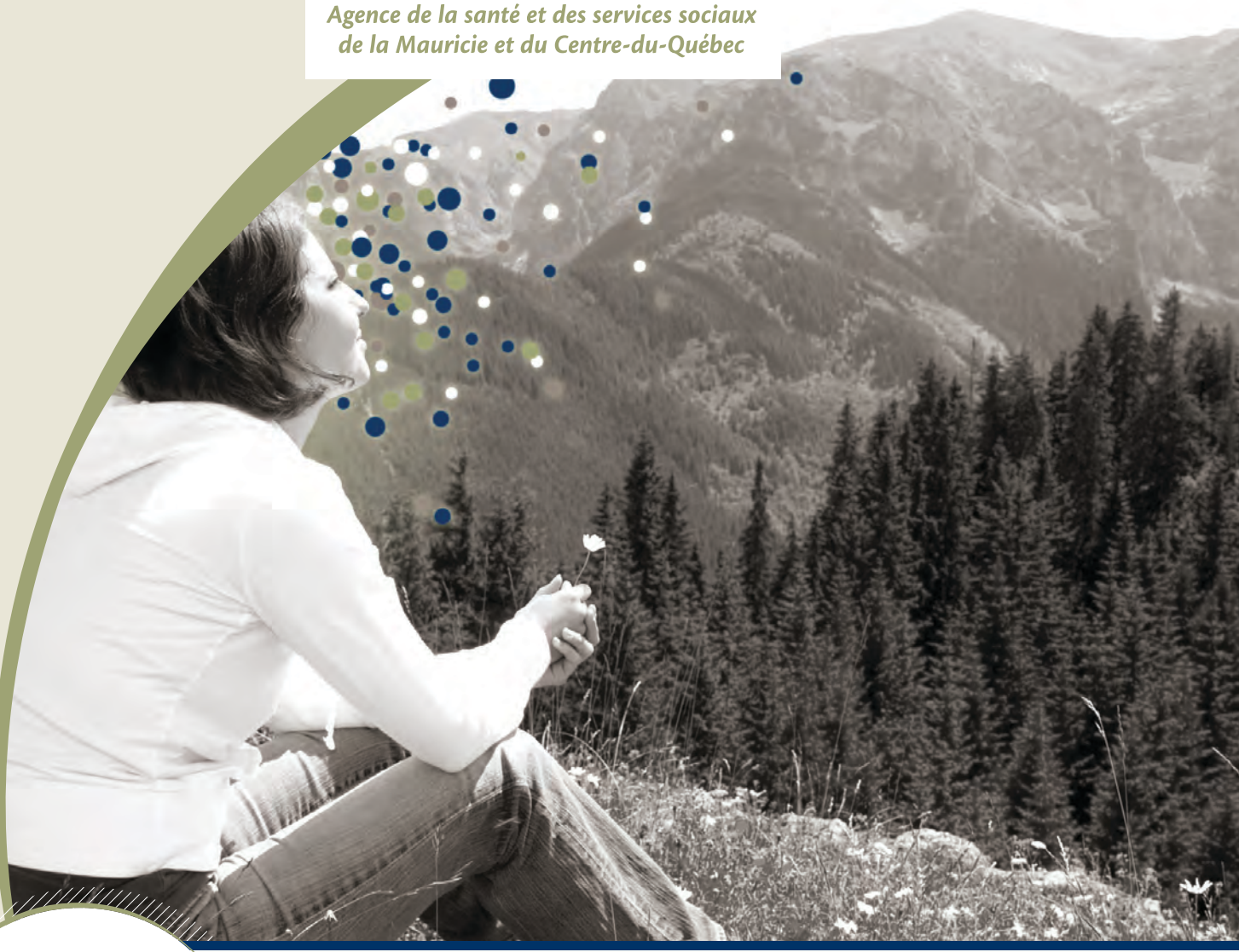
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec



UNIS dans TOUS les SENS

RAPPORT ANNUEL de GESTION 2007-2008

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour S'ALIMENTER

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

Québec

Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

UNIS dans TOUS les SENS

RAPPORT ANNUEL de GESTION 2007-2008

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour S'ALIMENTER

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

Conception
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Coordination et adaptation des textes
Jacques Lefebvre

Contribution
Nous tenons à remercier le personnel des différentes directions de l'Agence qui a contribué à la production de ce document.

Correction et secrétariat
Diane Chiasson
Isabelle Houde

Graphisme
MédiaVox
Pages couvertures : Acolyte communication

Dépôt légal – 2008
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-89340-178-2

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 Internet de l'Agence
www.agencesss04.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

39e assemblée du conseil d'administration
Date : 18 juin 2008
Article : CAAD-39-09
Résolution : CAAD-08-23

RÉSOLUTION relative à l'adoption du rapport financier annuel 2007-2008 de l'Agence

CONSIDÉRANT l'article 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoyant que l'Agence doit, au plus tard le 30 septembre de chaque année, faire au ministre un rapport de ses activités pour l'année se terminant le 31 mars précédent, et que ce rapport doit inclure les états financiers de l'Agence qui doivent comporter un bilan, un état des revenus et dépenses et un état de l'évolution de la situation financière;

CONSIDÉRANT le dépôt du rapport financier annuel de l'Agence, pour l'exercice terminé le 31 mars 2008;

CONSIDÉRANT le rapport de vérification présenté par le Vérificateur général du Québec dont le projet est joint au rapport financier annuel de l'Agence;

CONSIDÉRANT la recommandation du comité de vérification en date du 11 juin 2008 à l'effet d'adopter le rapport financier annuel 2007-2008;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée :

1) d'adopter le rapport financier annuel de l'Agence, pour l'exercice terminé le 31 mars 2008, tel que déposé;

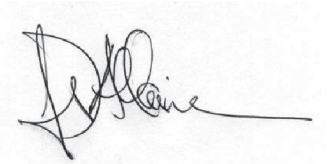
2) d'autoriser le président du conseil d'administration et le président du comité de vérification à le signer pour et au nom du conseil d'administration;

3) d'autoriser le président-directeur général à le signer et à le transmettre au ministère de la Santé et des Services sociaux.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ.

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,



Fait à Trois-Rivières
Le 26 juin 2008

Jean-Denis Allaire,
Président-directeur général

INTRODUCTION

À chaque année, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre compte à la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de même qu'à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, du degré d'atteinte des résultats quant à l'accessibilité aux services, à la qualité des services et à l'ajustement aux transformations.

Le présent rapport annuel de gestion pour l'exercice 2007-2008 veut répondre aux exigences des articles 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en présentant :

- Les résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus par l'entente de gestion et d'imputabilité ;
- Une déclaration du président-directeur général de l'Agence attestant la fiabilité des données contenues au rapport et des contrôles afférents ;
- Une description du rôle de l'Agence et un état général de son fonctionnement ;
- Une indication des objectifs visés en début d'exercice et des résultats obtenus ;
- Une indication des nouvelles orientations prises ;
- Une indication des modifications apportées aux activités, y compris les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité, et aux ressources humaines, matérielles et financières ;

- Les états financiers comprenant un bilan, un état des revenus et dépenses, et un état de l'évolution de la situation financière permettant de comparer chaque poste de l'exercice financier terminé avec celui de l'exercice précédent.

Ce rapport porte également sur les activités des établissements de la région et des organismes communautaires que l'Agence subventionne, y compris les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.

Les informations du présent rapport sont essentiellement regroupées en fonction de l'architecture des services du réseau de la santé et des services sociaux, soit les différents programmes-services destinés à la population en général ou à des problématiques particulières ainsi que les programmes-soutien nécessaires à la prestation des services et au fonctionnement des établissements.

Pour chacun de ces programmes sont présentés les résultats relatifs à l'entente de gestion et d'imputabilité sous forme de *Fiches de reddition de comptes* (auxquelles le lecteur est invité à porter une attention particulière), les résultats des engagements clinico-administratifs, ceux des dossiers prioritaires de l'Agence, ainsi que les autres résultats significatifs atteints en cours d'exercice au regard des autres grandes responsabilités légales de l'Agence.

TABLE DES MATIÈRES : 2007-2008

LISTE DES ACRONYMES 10

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 11

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 13

1 **LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC** 15
- Le territoire et la population 15
  - Les caractéristiques socioéconomiques 16
  - Les habitudes de vie et les facteurs de risque 16
  - Les problèmes de santé 17
  - L'espérance de vie et la mortalité 17
- Le réseau régional de la santé et des services sociaux 18

2 **L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC** 23
- La mission 23
- L'organisation 24
  - L'organigramme au 31 mars 2008 24
  - Les ressources humaines 25
  - Les ressources financières 26
  - Les ressources informationnelles 26
- Le conseil d'administration 27
- Le rapport de suivi sur l'application du code d'éthique et de déontologie 28
  - Les comités du conseil 28
    - Le comité de vigilance et de la qualité 28
    - Le comité de vérification 29
    - Le comité de développement des compétences 30
  - Les instances consultatives au conseil 30
    - Le Forum de la population 30
    - La Commission multidisciplinaire régionale 31
    - La Commission infirmière régionale 32
  - Les instances consultatives à la présidence-direction générale 33
    - Le Département régional de médecine générale 33
    - La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 34
    - Le comité régional des services pharmaceutiques 36
    - Le comité pour les programmes d'accès en langue anglaise 37

3 **LE PROJET RÉGIONAL ET SES PRINCIPAUX ENJEUX** 39
- Le suivi de l'implantation des réseaux locaux de services 40
  - Les résultats de la démarche régionale 40

4 **LA PARTICIPATION DE LA POPULATION ET LES DROITS DES USAGERS** 43
- Le Forum de la population 43
- L'examen des plaintes 44
- La promotion des droits des usagers 45
  - Les rencontres régionales des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services 45
  - Les activités de la Table régionale des comités des usagers 45
- L'information aux usagers 45

5 **LA QUALITÉ DES SERVICES** 47
- La prestation sécuritaire et la gestion des risques 47
- Les accidents / incidents dans les établissements 47
- Les projets réseau en qualité 48
- Les comités de vigilance et de la qualité 48
- La curatelle publique 48
- La démarche d'agrément 48
- L'utilisation des mesures de contrôle (contention) 48
- Les visites d'appréciation de la qualité et les suivis 49
- Les rapports de coroners 49
- L'accessibilité linguistique 49
- La santé et le bien-être des femmes et l'analyse différenciée selon les sexes 50
- Les personnes présentant une problématique multiple et complexe 50
- Un institut universitaire 50

6 **LES AFFAIRES MÉDICALES** 51
- Les effectifs en omnipratique 51
  - Le recrutement de médecins étrangers 52
  - Les mesures incitatives 52
- Les effectifs en spécialités 52
- Les groupes de médecine de famille 53
- La formation universitaire 53
  - La formation médicale décentralisée 53
  - Le campus universitaire et l'Unité de formation en médecine de famille 53
- Les activités médicales particulières (AMP) 54

7 **LES MESURES D'URGENCE** **55**
Le risque nucléaire 55
Les plans de lutte à une pandémie d'influenza 56
Les états d'alerte pour faire face à un sinistre majeur 56

8 **LE PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE** **57**
La promotion et la prévention 57
Les saines habitudes de vie 57
Le tabagisme 58
L'alimentation 58
L'activité physique 58
Le développement des enfants et des jeunes 58
L'initiative Amis des bébés 58
Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance 59
La démarche Écoles en santé 59
Le développement social et le développement des communautés 59
La protection 59
Les maladies infectieuses 59
La vaccination contre l'influenza 61
Les infections nosocomiales 61
La santé au travail 64
La surveillance - évaluation 64
La santé environnementale 64
Les matières dangereuses 64
Les cyanobactéries 64
Les changements climatiques et la chaleur accablante 65
L'avis du directeur de santé publique 65
La communication à la population 65

9 **LE PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE** **67**
Les services psychosociaux généraux 67
Le service régional Info-Santé 67
Le service régional Info-Social 70
La violence conjugale 70
Les agressions sexuelles 70

10 **LE PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT** **71**
Le plan d'action régional sur le vieillissement 2005-2010 71
Le réseau intégré de services aux aînés 72
Les projets pilotes de soins posthospitaliers 72
Les délais de prise en charge 73
Le soutien à domicile 73
Le recours à l'hébergement 74
La certification des résidences pour personnes âgées 75
Les projets novateurs en hébergement 76

11 **LE PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE** **79**
Le soutien à la personne, aux proches et à la famille par les CSSS 79
Les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation 82
Le soutien à l'intégration et à la participation sociale 83

12 **LE PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT** **85**
Le soutien à la personne, aux proches et à la famille par les CSSS 85
Les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation 87
Le soutien à l'intégration et à la participation sociale 90

13 **LE PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ** **91**
Les services de première ligne dans les CSSS 91
Les services spécialisés en centre jeunesse 93

14 **LE PROGRAMME DÉPENDANCES** **95**
L'alcoolisme et la toxicomanie 95
Le jeu pathologique 96

15 **LE PROGRAMME SANTÉ MENTALE** **99**
Les services aux jeunes 100
Les services de première ligne 100
Les services de deuxième ligne 100
Les services aux adultes 102
Les services de première ligne 102
Les équipes de première ligne en santé mentale adulte 102
Le suivi d'intensité variable 103
La problématique du suicide 105
Le projet pilote pour le désengorgement de l'urgence du CHRTR 105
Les services de deuxième ligne 106

16 **LE PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE** **107**
Les services d'urgence 107
Les services préhospitaliers d'urgence 108
La traumatologie 109
Les soins palliatifs 109
La lutte au cancer 111
Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein 112
Les mécanismes d'accès 113
L'accessibilité à la chirurgie élective 114
La production chirurgicale 114
L'accessibilité aux services diagnostiques, imagerie médicale et endoscopie 116
Les maladies chroniques 116
Le programme de néphrologie 116

Le diabète 117
Les projets pilotes cliniques musculo-squelettiques 117

17 **LE PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES 119**
Les ressources humaines régionales 119
L'état de situation régionale de la main-d'œuvre 119
La promotion, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre 120
Le développement, le maintien des compétences et la relève 120
La formation en cours d'emploi et l'adaptation de la main-d'œuvre 121
L'organisation du travail et la planification de la main-d'œuvre 121
Les mesures incitatives 123
Les mesures de sécurité et de stabilité d'emploi 123
La gestion de la présence au travail 124
Les ressources informationnelles régionales 124
Les ressources matérielles et immobilières régionales 125

18 **LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 127**
La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires 127
La reconnaissance 127
Le soutien financier 128
Pour l'année 2007-2008 128
L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires 130
Les données financières des organismes communautaires 131

19 **LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU 141**
Les autorisations d'emprunt accordées aux établissements 141
Les données financières des établissements 142

20 **LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 143**
Le rapport de la direction 143
Le rapport du Vérificateur général sur les états financiers condensés 145

ANNEXE A 167

LISTE DES ACRONYMES

AMP	Activités médicales particulières
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CCNU	Centre de coordination nationale des urgences
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSDI	Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
DRMG	Département régional de médecine générale
DSQ	Dossier de santé du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RA	Résidence d'accueil
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAG	Service ambulatoire gériatrique
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRMO	Service régional de la main-d'œuvre
TED	Trouble envahissant du développement
TROC	Table régionale des organismes communautaires
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle et intensive

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

À chaque année, le rapport annuel de gestion de l'Agence nous permet de faire état des résultats atteints dans une kyrielle de programmes et d'activités. Il est aussi l'occasion de faire ressortir les faits marquants qui ont retenu davantage notre attention. Immanquablement, en prenant ce recul, nous sommes étonnés de l'ampleur des défis à relever dans le secteur de la santé et des services sociaux et nous sommes surtout fiers de constater les progrès réalisés grâce aux équipes de direction et aux 15 000 employés qui forment notre réseau régional.

D'abord, au plan de l'organisation interne, nous ne pouvons passer sous silence les nombreux changements survenus dans l'équipe de direction de l'Agence cette année. En effet, ce fut une année de transition importante, la composition de l'équipe ayant été passablement modifiée par la nomination d'un nouveau directeur général adjoint, M. Serge Beauchamp, et l'arrivée de quatre nouveaux directeurs. Ainsi, M. Gaétan Lamy, directeur des ressources réseau, M. Boris Gueissaz-Teufel, directeur des ressources et technologies de l'information, M^{me} Manon Duchesne, directrice des services administratifs et de la qualité et D^{r} Jean Lemoyne, directeur des services de santé et des affaires médicales ont été accueillis avec beaucoup de confiance au regard des mandats à relever dans leur secteur d'activité. D'autre part, dans le cadre de l'application de la loi 30, l'Agence a procédé en décembre dernier à la signature officielle des dispositions locales des conventions collectives avec chacun des trois syndicats représentés dans l'organisation. Les échanges ont eu lieu dans un climat de respect mutuel et nous saluons la réussite de ce projet collectif.

Il faut souligner également le passage de notre agence en audition à la Commission parlementaire des affaires sociales de l'Assemblée nationale en janvier 2008. Cet exercice de reddition de comptes a constitué une belle occasion de témoigner du travail accompli et des gains significatifs obtenus dans notre région entre 2004 et 2007. Cette expérience exigeante, mais combien gratifiante, nous a permis d'illustrer l'amélioration des services pour les clientèles jeunes, adultes et personnes âgées. L'équipe de direction s'est préparée minutieusement pour répondre aux questions des parlementaires, bien soutenue par les professionnels de l'Agence.

Par ailleurs, l'importance des crédits de développement accordés à notre région en 2007-2008 est un autre fait marquant de la dernière année. En effet, nous avons reçu 13,4 millions de dollars, ce qui constituait un montant trois fois plus élevé que l'année précédente. Cet argent neuf nous a permis de rehausser de façon considérable les services à l'intention des personnes âgées, des personnes ayant un problème de santé mentale, des personnes handicapées et des jeunes en difficulté et leur famille. Soulignons que 85 % de ces crédits ont été consacrés à la consolidation des services de première ligne, de maintien dans la communauté et de répit aux familles. De plus, le financement de la mission globale des organismes communautaires a été consolidé à hauteur de 1,1 million en reconnaissance de l'apport important de ces partenaires du réseau. Enfin, ces crédits de développement ont permis de soutenir les centres de santé et de services sociaux et le Centre jeunesse dans la mise en œuvre des nouvelles dispositions de la Loi sur la protection de la jeunesse.

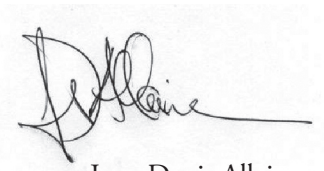
Autre fait majeur à noter cette année, c'est la décision du réseau d'établissements, sous la coordination de l'Agence, de se doter d'une stratégie musclée pour faire face aux problèmes de main-d'œuvre actuels et à venir. Un premier *Salon des carrières et professions en santé et services sociaux* a été organisé l'automne dernier dans la région. Une première au Québec qui a permis aux jeunes du secondaire de connaître tous les types d'emplois du réseau par le biais d'expérimentations et d'animations interactives. Signalons aussi la mise en ligne du site Internet *Travaillerensante.com* regroupant toutes les offres d'emplois de la région. Accompagné d'une campagne de promotion, ce nouveau site s'adapte aux habitudes des chercheurs d'emplois qui veulent postuler en ligne et facilite la diffusion des emplois disponibles pour nos établissements. D'autre part, des collaborations étroites se sont établies avec les milieux de l'éducation, de l'emploi et de la solidarité sociale dans le cadre de cette stratégie de recrutement de main-d'œuvre.

Enfin, une activité de communication d'envergure a aussi été réalisée en février 2008, soit la diffusion par la poste d'une brochure intitulée *Accès Santé, votre porte d'entrée aux services* à toute la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Fruit d'une collaboration de tous les établissements, cet outil d'information vise à faciliter les démarches des citoyens pour accéder à un service lorsque survient un problème de santé et les orienter au bon endroit. L'implantation des réseaux locaux de services (RLS) étant maintenant complétée dans notre région, l'outil permet également de bien faire connaître les services offerts dans les huit territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS).

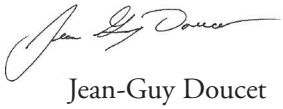
La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec affiche une performance constante et plusieurs projets novateurs, réalisés en partenariat, nous distinguent. Mentionnons, à titre d'exemple, les solutions alternatives d'hébergement pour les personnes âgées, les projets en dépendance ou le déploiement de la formation médicale en partenariat avec l'Université de Montréal. Mais notre réseau demeure confronté à un certain nombre d'enjeux et de défis pour lesquels nous cherchons des solutions sans relâche : l'accès à un médecin de famille, la disponibilité de main-d'œuvre, l'accès aux services d'urgence ou le vieillissement de la population. Vous constaterez, à la lecture de ce rapport, que nos efforts sont également orientés vers ces préoccupations.

En terminant, nous rendons hommage au professionnalisme et à l'engagement des hommes et des femmes qui travaillent dans notre réseau régional pour offrir des services de qualité à la population. Nous adressons nos remerciements bien sentis à tout le personnel de l'Agence, aux membres du conseil d'administration et des instances consultatives et aux partenaires qui, par leur dévouement constant, nous aident à assurer notre mission d'amélioration de la santé et du bien-être des citoyens de notre région.

Bonne lecture !



Jean-Denis Allaire
Président-directeur général



Jean-Guy Doucet
Président du conseil d'administration

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ
DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

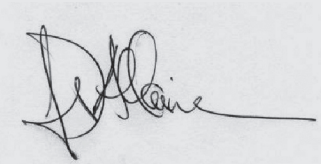
Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2007-2008 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence ;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent 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 pour l'exercice terminé le 31 mars 2008.

Signé à Trois-Rivières, le 23 septembre 2008



Jean-Denis Allaire
Président-directeur général
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

CHAPITRE 1

LE TERRITOIRE ET LA POPULATION

Dans le cadre de la responsabilité légale du directeur de santé publique visant à informer la population de l'état de santé générale et de bien-être des individus qui la composent ainsi que des problèmes de santé prioritaires et des groupes les plus vulnérables, l'équipe de surveillance-évaluation de la Direction de santé publique a préparé le portrait suivant :

Le territoire et la population de la région

- Vaste territoire de près de 45 000 km^2 ;
- La cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec ;
- La population estimée pour l'année 2008 est de 484 566 personnes :
  - sur ce nombre, 18 % ont moins de 18 ans, 65 % ont entre 18 et 64 ans et 17 % sont âgés de 65 ans et plus. Ce dernier pourcentage est supérieur à celui du Québec (14 %) ;
  - une population de personnes âgées quasiment appelée à doubler d'ici 2026 pour passer de 83 255 à 141 098. Les personnes âgées représenteront alors 30 % de la population régionale (25 % pour le Québec) ;
  - une population concentrée principalement dans les parties sud et centrale, la partie nord étant très peu peuplée.

- Deux régions administratives forment la région sociosanitaire :
  - le Centre-du-Québec ;
  - la Mauricie.

- Huit municipalités régionales de comté (MRC) et trois villes assumant aussi les responsabilités de MRC :
  - Au Centre-du-Québec :
    - MRC Nicolet-Yamaska ;
    - MRC Bécancour ;
    - MRC Drummond ;
    - MRC Arthabaska ;
    - MRC l'Érable.
  - En Mauricie :
    - La Tuque ;
    - MRC Mékinac ;
    - Shawinigan ;
    - MRC Maskinongé ;
    - Trois-Rivières ;
    - MRC Les Chenaux.

- Quatre réserves autochtones :
  - Haut-Saint-Maurice : Opitciwan et Wemotaci ;
  - Nicolet-Yamaska : Odanak ;
  - Bécancour : Wôlinak.

- Les communautés autochtones représentent 1 % de la population (5 200 individus). Bien que l'on retrouve deux des quatre réserves amérindiennes au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice. Elle représente environ 20 % de l'ensemble de la population de ce district sociosanitaire ;

- Environ 1 % de la population est de langue maternelle anglaise. Bien qu'elle se répartisse dans tous les districts, plus de la moitié de cette population réside dans le territoire de la MRC Drummond et dans la région de Trois-Rivières ;

- La population de langue maternelle autre que française ou anglaise représente 1,3 %.

Population par groupes d'âge de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Population	2001		2008		2026		Variation	
Groupes d'âge	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	2001-2008	2008-2026
0-17 ans	99 546	20,6	87 953	18,2	73 769	15,5	-11,6 %	-16,1 %
18-39 ans	137 484	28,5	126 629	26,1	106 246	22,3	-7,9 %	-16,1 %
40-64 ans	172 960	35,8	186 729	38,5	155 760	32,7	8,0 %	-16,6 %
65-74 ans	40 479	8,4	44 178	9,1	77 062	16,2	9,1 %	74,4 %
75 ans et plus	32 323	6,7	39 077	8,1	64 036	13,4	20,9 %	63,9 %
Total	**482 792**		**484 566**		**476 873**			

Les caractéristiques socioéconomiques

- Une amélioration marquée du niveau de scolarité de 1996 à 2006 ; la proportion de personnes de 25-64 ans, sans diplôme d'études secondaires a chuté de 32 % à 20 % au cours de cette période, mais demeure supérieure au Québec (17 %). La proportion de la population détenant un diplôme universitaire a augmenté de 10 % à 12 %, mais demeure inférieure à celle du Québec (21 %). Ainsi, la région reste davantage sous-scolarisée que la province.

- Une proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu inférieure à celle du Québec (15,6 % contre 17,2 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent sous ce seuil (18,7 % contre 15,6 %).

Les habitudes de vie et les facteurs de risque

- Une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (15 % des 18 ans et plus en 2005 contre 7 % en 1987). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'obésité (17 % contre 12 %) et d'embonpoint (36 % contre 24 %).

Population selon les réseaux locaux de services et les districts sociosanitaires (DSS)

RLS	DSS	2001	2008	2026	Variation 2001-2008	Variation 2008-2026
Haut-Saint-Maurice	Haut-Saint-Maurice	16 134	15 233	13 578	-5,6 %	-10,9 %
Vallée-de-la-Batiscan	Mékinac	13 020	12 621	11 769	-3,1 %	-6,8 %
	des Chenaux	12 340	12 249	11 892	-0,7 %	-2,9 %
	Total RLS	**25 360**	**24 870**	**23 661**	**-1,9 %**	**-4,9 %**
Centre-de-la-Mauricie	Centre-de-la-Mauricie	65 955	64 106	58 331	-2,8 %	-9,0 %
Maskinongé	Maskinongé	23 773	23 498	22 230	-1,2 %	-5,4 %
Trois-Rivières	Cap-de-la-Madeleine	46 890	46 970	45 675	0,2 %	-2,8 %
	Trois-Rivières	81 912	82 213	79 787	0,4 %	-3,0 %
	Total RLS	**128 802**	**129 183**	**125 462**	**0,3 %**	**-2,9 %**
Bécancour–Nicolet-Yamaska	Nicolet-Yamaska	23 945	23 059	22 184	-3,7 %	-3,8 %
	Bécancour	19 459	19 352	18 584	-0,5 %	-4,0 %
	Total RLS	**43 404**	**42 411**	**40 768**	**-2,3 %**	**-3,9 %**
Drummond	Drummond	89 556	94 720	101 921	5,8 %	7,6 %
Arthabaska-et-de-l'Érable	Arthabaska	65 369	66 618	67 584	1,9 %	1,5 %
	de l'Érable	24 439	23 927	23 338	-2,1 %	-2,5 %
	Total RLS	**89 808**	**90 545**	**90 922**	**0,8 %**	**0,4 %**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), Projections de population selon le territoire de réseau local de services (RLS), le sexe et l'année d'âge, au 1er juillet, 2001 à 2026, avril 2008.

- Au chapitre de l'activité physique de loisir, on compte 37 % d'actifs selon le niveau recommandé, 26 % de sédentaires chez les adultes de 18 ans et plus, et 42 % chez les 12-17 ans sont très actifs.

- Près de 24 % des personnes de 12 ans et plus de la région sont des fumeurs actuels, ce qui se compare à la moyenne québécoise.

- La région comptait en 2005, 26 372 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 6 % de la population de cet âge. Ce pourcentage apparaît légèrement plus faible que celui du Québec.

- Près de 15 % de la population de 12 ans et plus présente une hypertension diagnostiquée en 2005, ce qui se compare au Québec.

Les problèmes de santé

- Une population de 12 ans et plus qui, en 2005, se considère à 56 % en excellente ou en très bonne santé.

- Une proportion de 76 % des personnes de 12 ans et plus déclare avoir une excellente ou une très bonne santé mentale. Cette valeur est comparable au Québec.

- Avec 21 % des hospitalisations, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause d'hospitalisation. Elles sont suivies des maladies de l'appareil digestif et des maladies de l'appareil respiratoire (12 % chacun), des tumeurs et des traumatismes et des empoisonnements (10 % chacun).

- Une répartition des principales causes d'hospitalisation qui diffère peu selon le sexe, sauf pour les maladies cardiovasculaires qui sont à l'origine de 24 % des hospitalisations des hommes contre 17 % chez les femmes.

- Les allergies non alimentaires sont le premier problème de santé rapporté (19 % des 12 ans et plus). Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (18 %), les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (15 %), l'hypertension (15 %) et les migraines (12 %).

L'espérance de vie et la mortalité

- Une augmentation de l'espérance de vie, entre 1980-1982 et 2003-2005, de 5,5 ans chez les hommes et de 8 ans chez les femmes pour atteindre respectivement des valeurs de 76,7 ans et de 82,5 ans. Les hommes de la région gardent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.

- Une espérance de vie dans la région soumise comme ailleurs à la défavorisation sociale et matérielle. Les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celle des hommes des communautés plus favorisées.

- Une diminution marquée de la mortalité infantile au cours des derniers vingt ans pour passer de 9,5 décès pour 1 000 naissances à 5,7 décès pour 1 000 naissances de nos jours.

- Les cancers et les maladies cardiovasculaires demeurent, avec respectivement près de 32 % et de 28 % des décès, les deux principales causes de mortalité en 2003-2005 :

    - une décroissance de la mortalité par maladie cardiovasculaire à l'instar du Québec. Le taux ajusté est passé de 462 à 207 décès pour 100 000 personnes en vingt ans ;
    - une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer des hommes du début des années 1980 à 2002-2005, mais une augmentation du taux des femmes dans la région comparativement à une stabilité du taux de l'ensemble des femmes du Québec ;
    - le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate sont, en importance, les cancers entraînant le plus de décès chez les hommes. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer du sein et du cancer colorectal.

- Un taux de mortalité par suicide supérieur à celui du Québec et qui, à l'encontre de la situation québécoise, n'a pas connu de diminution récente (24 pour 100 000 en 1995-1999 comme en 2002-2005). Le taux des hommes reste nettement supérieur à celui des femmes (38 pour 100 000).

- Un important taux de mortalité par traumatisme non intentionnel dans la région comparativement au Québec (32 contre 26 pour 100 000) surtout chez les hommes. Les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

LE RÉSEAU RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Au 31 mars 2008, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec était constitué de 15 établissements, répartis en 148 installations, pour une capacité globale de :

- 2 713 lits d'hébergement permanent de CHSLD ;

- 42 lits d'hébergement temporaire en CHSLD ;

- 45 lits d'hébergement permanent de santé mentale ;

- 933 lits de santé physique ;

- 127 lits de psychiatrie ;

- 94 lits de gériatrie ;

- 142 places en unité de réadaptation pour les jeunes en difficulté ;

- 79 lits de réadaptation fonctionnelle intensive ;

- 66 places en atelier de travail et 456 en centre d'activités de jour pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ;

- 30 places en interne pour les personnes aux prises avec une dépendance ;

- Les huit centres de santé et de services sociaux :

    - les huit portent les missions de type CLSC et CHSLD ;
    - quatre des huit portent également la mission de type CH (les CSSS du Haut-Saint-Maurice, de l'Énergie, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable) ;
    - trois autres des huit opèrent une urgence mineure 24/7 et quelques lits d'hospitalisation de courte durée (les CSSS de Maskinongé, de Trois-Rivières et de Bécancour–Nicolet-Yamaska) ;
    - le CSSS de l'Énergie assume le mandat régional en santé mentale.

- Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) où sont offerts des services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale, dont les services à mandat régional suivants :

    - la néphrologie, avec deux unités satellites reliées par télémédecine : Hôpital Sainte-Croix (CSSS Drummond) et Hôtel-Dieu d'Arthabaska (CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable) ;
    - la cardiologie ;
    - la microbiologie ;
    - la neurochirurgie, dans le cadre d'un mandat secondaire régional en traumatologie ;

- la cancérologie avec un centre de radiothérapie et une responsabilité régionale en vertu du Programme national de lutte contre le cancer.

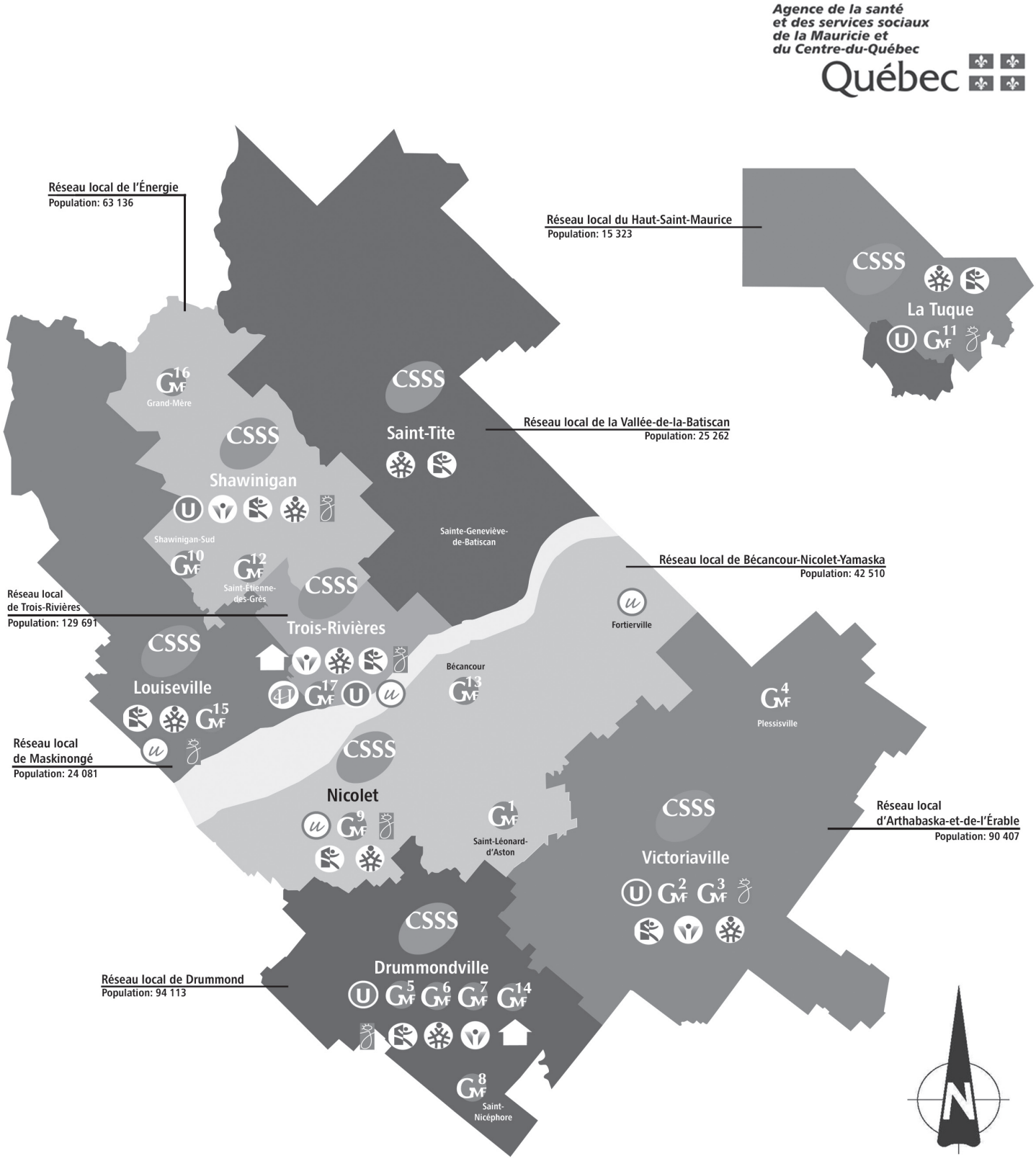
Le CHRTR est reconnu à titre de campus de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, ce qui permet l'implantation du curriculum complet du programme de médecine et le développement de stages de niveau post-gradué en médecine de famille et dans les spécialités de base.

- Les quatre centres de réadaptation à vocation régionale :
  - le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec ;
  - le Centre de réadaptation InterVal ;
  - le Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CSDI) ;
  - Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.
- Les deux CHSLD privés conventionnés :
  - le Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. ;
  - le CHSLD Vigi Les Chutes à Shawinigan.

La région comptait également au 31 mars 2008 sur :

- La Maison des naissances de la Rivière à Nicolet où l'équivalent de 5,2 sages-femmes (équivalent temps complet) ont prodigué en 2007-2008 des services de suivi à 159 clientes pour un total de 117 naissances, dont 18 à domicile ;
- 181 ressources intermédiaires (RI) et 825 ressources de type familial (RTF), pour un total de 4 162 places accréditées où résidaient 3 486 personnes selon les programmes-services :
  - Perte d'autonomie liée au vieillissement : 44 RI, 43 RTF, 959 places ;
  - Déficience intellectuelle : 111 RI, 211 RTF, 983 places ;
  - Jeunes en difficulté : 6 RI, 491 RTF, 1 455 places ;
  - Santé mentale : 20 RI, 80 RTF, 765 places.
- 223 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux ;
- 12 entreprises ambulancières, comptant 353 techniciens ambulanciers paramédics et 55 véhicules répartis sur l'ensemble du territoire qui ont effectué environ 43 275 transports en 2007-2008 ;
- Le Centre de communication santé pour la réception et le traitement des appels d'urgence et l'affectation des ressources préhospitalières (ambulances et premiers répondants) couvrant la totalité de la région ;
- 18 groupes de médecine de famille (GMF), situés dans les districts sociosanitaires d'Arthabaska et de l'Érable (3), Drummond (5), Nicolet-Yamaska (3), Maskinongé (1), Haut-Saint-Maurice (1), Centre-de-la-Mauricie (3) et Trois-Rivières (2) auxquels s'ajoutent une quarantaine de cliniques médicales privées ;
- 12 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique qui ont dispensé plus de 1 250 000 heures de services en 2007-2008 (bilan au 31 mars 2008, RAMQ) ;
- Un Technocentre et un Infocentre régional ;
- Une Coopérative des services regroupés en approvisionnement de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Carte du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Territoires de RLS	Établissements
du Haut-Saint-Maurice	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
du Centre-de-la-Mauricie	Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
	CHSLD Vigi Les Chutes (installation privée conventionnée)
de la Vallée-de-la-Batiscan	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
de Trois-Rivières	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
de Maskinongé	Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
de Bécancour–Nicolet-Yamaska	Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska
d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
	Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. (installation privée conventionnée)
de Drummond	Centre de santé et de services sociaux Drummond

Établissements à mission régionale	
Réadaptation	
Dépendances	Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
Déficience physique	Centre de réadaptation InterVal
Déficience intellectuelle	Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec
Jeunesse/famille	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Centre hospitalier	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Légende

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

CHAPITRE 2

LA MISSION

En association avec ses partenaires, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour mission de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

À cette fin :

- Elle assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et en est imputable au ministre ;

- Elle porte une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats, et ce, dans une perspective populationnelle ;

- Elle crée des conditions favorables à la responsabilité populationnelle, à la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux, et à l'émergence de huit réseaux locaux de services au sein d'un réseau régional cohérent ;

- Elle exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Notamment, elle propose et convient, avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaires et institutionnels, de la contribution qu'elle attend d'eux dans le respect des responsabilités de chacun ;

- Elle veille à un accès comparable à des services continus et de qualité dans les territoires.

L'ORGANISATION

Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de manière à assurer de façon optimale la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par différentes lois.

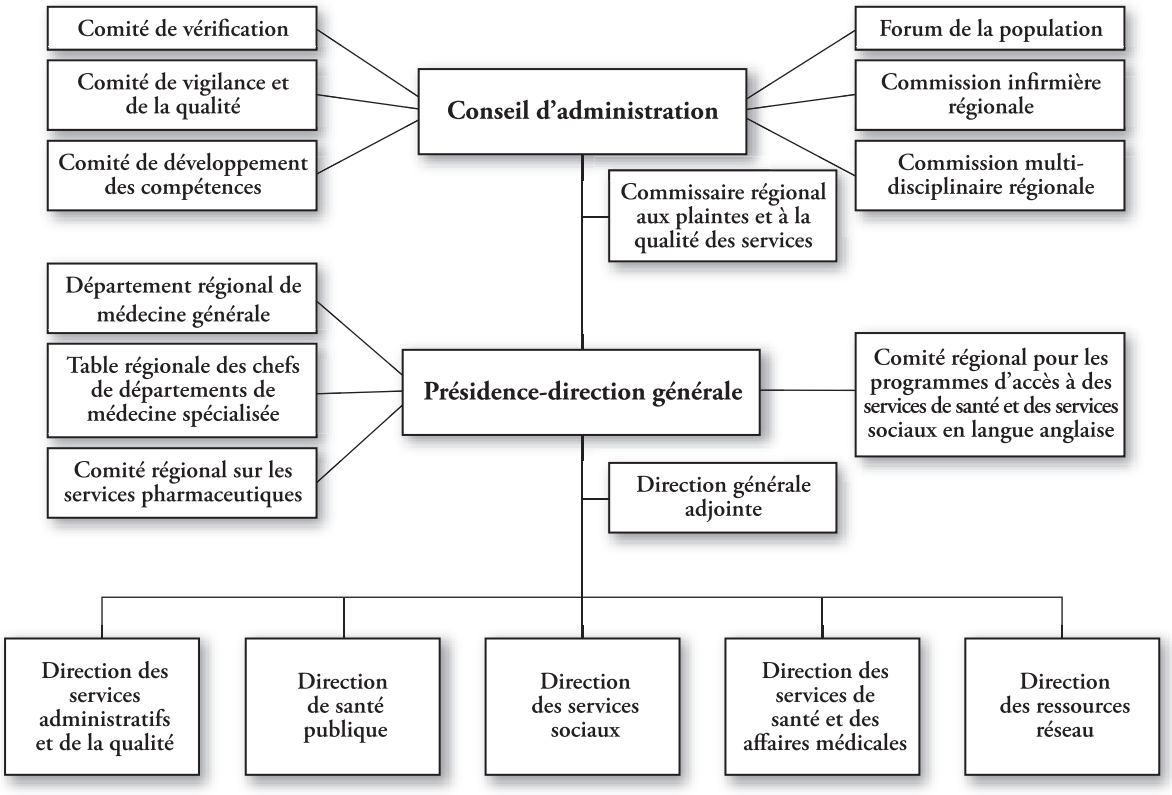
Les caractéristiques qui sont propres à l'Agence permettent de présenter une organisation :

- Comportant peu de paliers hiérarchiques ;
- Souple, ouverte, décloisonnée ;
- Basée sur des équipes responsabilisées et imputables ;
- Qui place la population au centre de ses actions ;
- Qui agit en partenariat avec les organismes et établissements des territoires, de même qu'avec les acteurs socio-économiques ;
- Qui accorde une priorité au pilotage stratégique réalisé en association, autant à l'interne qu'avec les partenaires externes.

L'organigramme au 31 mars 2008

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Québec

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Organigramme officiel



Les ressources humaines

Effectifs au 31 mars 2008

L'enjeu des ressources humaines dans le secteur de la santé et des services sociaux est crucial. Les rôles et responsabilités confiés à l'Agence à titre d'instance régionale dans la dynamique de gouverne exigent une expertise importante.

L'attraction, la fidélisation et le maintien d'une équipe de travail engagée et compétente sont des facteurs primordiaux puisque le personnel est le moteur de l'organisation permettant à l'Agence de réaliser sa mission et d'exercer ses responsabilités.

Dans l'esprit de réduire l'effet de la précarité d'emploi, plusieurs postes occasionnels (28) sont devenus réguliers au cours de l'exercice 2006-2007, expliquant ainsi l'écart entre 2007 et 2008 concernant le nombre d'heures rémunérées pour les employés occasionnels ayant changé de statut.

Au 31 mars 2008, l'Agence comptait sur la contribution de deux nouveaux cadres, soit un cadre supérieur et un cadre intermédiaire, en plus de trois employés réguliers additionnels.

		31 mars 2008	31 mars 2007
Les cadres			
- Temps complet	(hors cadres)	2	2
	(cadres supérieurs)	7	6
	(cadres intermédiaires)	6	5
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)		0	0
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi		0	0
Les employés réguliers			
- Temps complet (c) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)		145	142
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)		10,4	10,8
Les occasionnels			
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice		34 760	49 988
Équivalents temps complet (b)		19,04	27,4

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.

(c) Inclus les postes affectés au Technocentre régional (12), à l'Infocentre régional (7,8) et en libération syndicale permanente (1).

Les postes de direction :

- Un président-directeur général ;
- Un directeur général adjoint ;
- Une directrice des services administratifs et de la qualité ;
- Un directeur des ressources réseau ;
- Un directeur des ressources et technologies de l'information ;
- Un directeur des services de santé et des affaires médicales ;
- Un directeur de santé publique ;
- Un directeur des services sociaux.

Le poste de cadre supérieur (autre que direction) :

- Un commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Les postes de cadres intermédiaires :

- Un adjoint administratif à la Direction de santé publique ;
- Un adjoint à la Direction des services sociaux ;
- Un adjoint au directeur des services de santé et des affaires médicales ;
- Une coordonnatrice régionale en santé au travail (contrat de services avec la CSST) ;
- Un chef de service du Technocentre ;
- Un chef de service de l'Infocentre et du Bureau de projets (poste occupé temporairement par une personne syndiquée) ;
- Une conseillère cadre en ressources humaines.

En outre, au 31 mars 2008, l'Agence pouvait compter sur la contribution (en équivalent temps complet) de 13,99 médecins, 1,20 dentiste et 0,2 pharmacien.

Les ressources financières

Le budget d'exploitation de l'Agence totalisait 10 500 000 $ en 2007-2008, comparativement à 10 300 000 $ en 2006-2007. Plus de la moitié (51 %) de ce budget est consacrée aux fonctions de santé publique, soit 5 400 000 $, alors que l'autre partie est affectée à la coordination du réseau. La croissance enregistrée lors du dernier exercice financier s'explique par l'augmentation des coûts de systèmes salariaux.

En comparaison, le budget du réseau régional est passé de 831 000 000 $ en 2006-2007 à 887 000 000 $ en 2007-2008, pour une augmentation de 6,7 %. Le budget d'exploitation de l'Agence a progressé de 1,9 % pendant la même période.

En 2007-2008, la portion du budget consacrée aux fonctions de coordination du réseau (5 100 000 $) équivaut à 0,58 % du budget du réseau régional. Cette proportion était de 0,61 % en 2006-2007.

	2007-2008	2006-2007	Variation
Budget de l'Agence	5 146 890 $	5 055 649 $	91 241 $
Budget de la DSP	5 383 742 $	5 174 196 $	209 546 $
Total du budget d'exploitation	**10 530 632 $**	**10 229 845 $**	**300 787 $**
Fonds des activités accessoires	271 000 $	155 784 $	115 216 $
Fonds des activités régionalisées	4 656 327 $	3 264 975 $	1 391 352 $
Fonds affectés	24 792 164 $	22 729 564 $	2 062 600 $

Les ressources informationnelles

Le Technocentre régional géré par l'Agence assure le soutien aux établissements de santé et de services sociaux et aux GMF de la région. Il répond à environ 5 000 demandes d'assistance par année au regard du Réseau de télécommunications sociosanitaires, des systèmes d'exploitation Windows, de vingt systèmes d'information (ex. : Sicheld, RIGIC, Intégration-Centre local de services communautaires (I-CLSC), logiciel de laboratoire Médi-Lab), des logiciels antivirus et des serveurs de terminaux. Pour les applications critiques, le soutien du Technocentre est assuré 24 heures par jour.

Le Technocentre se préoccupe également de la mise en place d'infrastructures de sécurité protégeant les données et les équipements régionaux. La valeur des systèmes d'information est de 4 000 000 $ et les équipements du Technocentre valent 1 500 000 $.

L'Infocentre répond à plus de 200 demandes d'information par année. Il vise à rendre accessibles les banques de données sur les clientèles hospitalières qui supportent la gestion du réseau et la reddition de comptes. Les principales banques de données entreposées sont Med-Écho, APR-DRG, décès, naissances, tumeurs, recensement de la population, I-CLSC, Sicheld, etc.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Mandat

Le conseil d'administration administre les affaires de l'Agence et en exerce tous les pouvoirs. Il a notamment pour fonctions :

- D'identifier les priorités relatives aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir ;
- De répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition ;
- De nommer les cadres supérieurs et le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Liste des membres (au 31 mars 2008)

M[me] Denise Beaumier-Ferland
Collège *Cooptation*
Shawinigan

M[me] Jacqueline Bergeron
Collège *Commission infirmière régionale*
Sainte-Geneviève-de-Batiscan

M. Christian Carrier
Collège *Table des chefs de département de médecine spécialisée*
Trois-Rivières

M[me] Denise Chandonnet
Collège *Comités des usagers des établissements*
Shawinigan

M. Éric Chevalier
Collège *Organismes socioéconomiques*
Trois-Rivières

M. Camille Couture
Collège *Organismes représentatifs du milieu syndical*
Trois-Rivières

M. Vianney Croteau, vice-président
Collège *Centres de santé et de services sociaux*
La Tuque

M[me] Myriam Demers (jusqu'au 24 octobre 2007)
Collège *Cooptation*
Louiseville

M. Jean-Guy Doucet, président
Collège *Établissements à mission régionale*
Saint-Léonard-d'Aston

M[me] Monique Émond
Collège *Organismes du milieu communautaire*
Trois-Rivières

M[me] Julie Garneau
Collège *Cooptation*
Victoriaville

M. Vincent Guay
Collège *Commission multidisciplinaire régionale*
Victoriaville

M. Gérald Lapierre
Collège *Organismes socioéconomiques*
Drummondville

M. Paul Pépin
Collège *Département régional de médecine générale*
Saint-Léonard-d'Aston

M. Rémi Tremblay
Collège *Organismes du secteur public de l'enseignement*
Trois-Rivières

M. Jean-Denis Allaire
Membre d'office
Président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints

Le conseil d'administration a tenu onze rencontres en 2007-2008, dont trois conférences téléphoniques. Outre les questions relatives à la répartition équitable des ressources humaines, matérielles et financières, les questions suivantes ont également fait l'objet d'une attention particulière de la part du conseil d'administration :

- Le contrôle des infections nosocomiales (C. difficile) ;
- L'organisation des services pharmaceutiques ;

- La réorganisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie ;
- La pénurie des effectifs médicaux en omnipratique ;
- La lutte contre le cancer et le réseautage régional des services d'oncologie ;
- L'implantation d'une nouvelle approche à l'égard de l'utilisation de la contention ;
- La reconnaissance et le financement des organismes communautaires.

LE RAPPORT DE SUIVI SUR L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration (voir annexe A) prévoit que le rapport annuel de l'Agence doit faire état, pour l'année écoulée, des données suivantes relatives au suivi de l'application du code :

- Le nombre de cas traités et leur suivi ;
- Le nombre et la nature des manquements constatés ;
- Les décisions et sanctions imposées ;
- Le nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

Pour l'année 2007-2008, 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.

Conformément aux règles du code d'éthique et de déontologie, la déclaration d'intérêts et l'engagement à respecter le Code sont signés par tous les administrateurs.

Les comités du conseil

Le comité de vigilance et de la qualité

Mandat

- Assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées.
- Veiller à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou autres utilisateurs de services.

Liste des membres (au 31 mars 2008)

M^me^ Denise Chandonnet
Collège *Comités des usagers des établissements*

M^me^ Monique Émond
Collège *Organismes communautaires*

M^me^ Julie Garneau
Nommée par le conseil d'administration

M. Denis Grenier
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

M. Jean-Denis Allaire
Président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints

Le comité a tenu cinq rencontres en 2007-2008. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- Les recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que leurs suivis (à l'ordre du jour de chaque rencontre) ;
- La démarche de certification des résidences privées pour personnes âgées ;
- Le processus d'agrément ainsi que l'état de réalisation dans les établissements de la région ;
- La Table régionale « qualité » en termes de fonctionnement et des modes de soutien de l'Agence au regard de ses travaux ;
- Les orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle (contentions) ainsi que l'état de situation de leur implantation dans les établissements de la région ;
- Le programme qualité du secteur préhospitalier d'urgence.

Le comité a déposé cinq recommandations portant sur les sujets suivants :

- Le bilan des activités du comité de vigilance et de la qualité 2006-2007 ;

- La mise en évidence dans le prochain rapport annuel des projets soutenus par l'Agence dans le cadre des activités de la Table régionale « qualité » ;

- L'acheminement d'une motion de félicitations aux présidents des conseils d'administration des établissements avec mission de longue durée et des établissements à vocation régionale ayant de l'hébergement pour l'implantation de la nouvelle approche en matière de mesures de contrôle (contentions) ;

- La transmission d'une correspondance aux présidents des conseils d'administration des établissements avec mission de courte durée pour les inviter à poursuivre la mise en place de la nouvelle approche en matière de mesures de contrôle (contentions) ;

- L'acheminement d'une lettre de félicitations à la Table de concertation Abus auprès des aînés de la Mauricie pour la conception du guide *Comment choisir une résidence pour personnes âgées* et diffusion de ce guide auprès des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de vérification

Mandat

Le comité de vérification, sous l'autorité du conseil d'administration, a pour fonctions :

- De procéder à l'analyse des prévisions budgétaires annuelles à être soumises au conseil d'administration ;

- De procéder à l'examen périodique de l'évolution de la situation budgétaire de l'Agence en comparaison avec les prévisions adoptées par le conseil d'administration ;

- D'assurer le suivi de la gestion financière par :

    - la connaissance au préalable des contrôles financiers internes existants à l'occasion de discussions avec la permanence de l'Agence ;
    - l'examen des renseignements financiers découlant de l'application de ces contrôles internes (rapports périodiques internes, rapports requis par le MSSS) ;
    - le suivi des recommandations, s'il y a lieu, du Vérificateur général concernant la gestion financière.

- De procéder à l'examen des états financiers de l'Agence ;

- De présenter au conseil d'administration les états financiers annuels, accompagnés de commentaires et recommandations, s'il y a lieu ;

- De ratifier à tous les trois mois les avances et les remboursements des frais de déplacement du président du conseil d'administration.

Liste des membres (au 31 mars 2008)

M[me] Jacqueline Bergeron
Collège *Commission infirmière régionale*

M. Éric Chevalier
Collège *Organismes socioéconomiques*

M. Vianney Croteau
Collège *Centres de santé et de services sociaux*

M. Jean-Guy Doucet
Collège *Établissements à mission régionale*

M. Gérald Lapierre
Collège *Organismes socioéconomiques*

Résultats atteints

Le comité a tenu quatre rencontres en 2007-2008. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- Le suivi du plan de vérification 2006-2007 ;

- Le rapport financier annuel 2006 de l'équipe régionale de la santé au travail ;

- Le rapport financier annuel consolidé 2006 de la santé au travail de la Mauricie et du Centre-du-Québec ;

- Le rapport financier annuel 2006-2007 de l'Agence ;

- Les prévisions budgétaires 2007-2008 de l'Agence ;

- Le rapport financier périodique de l'Agence au 18 août 2007 (période 5) ;

- Le rapport financier périodique de l'Agence au 13 octobre 2007 (période 7) ;

- Le programme de vérification 2007-2008 ;

- Le rapport financier périodique de l'Agence au 5 janvier 2008 (période 10).

Le comité a déposé six recommandations au conseil d'administration pour l'adoption des rapports financiers périodiques et des rapports financiers annuels.

Le comité de développement des compétences

Dans la foulée des recommandations du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2007-2008,* portant sur la gouvernance dans les agences et les établissements du réseau, le conseil d'administration de l'Agence a convenu de donner suite à la recommandation visant à établir une politique de formation pour l'ensemble des membres des conseils d'administration, en se dotant d'un comité de développement des compétences dont le mandat et la composition seront précisés lors de la prochaine révision des Règlements de régie interne.

Les instances consultatives au conseil

Le Forum de la population

Mandat

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence :

- D'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de la santé et du bien-être ;
- De formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles, et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de ces services ;
- Donner son avis sur le plan stratégique pluriannuel d'organisation de services et sur le plan régional de santé publique.

Liste des membres (au 31 mars 2008)

M^me^ Georgette Asselin
Nicolet

M^me^ Francine Boulanger
Saint-Étienne-des-Grès

M^me^ Lise Carignan
Victoriaville

M^me^ Sarah Cooke (jusqu'au 18 avril 2007)
Trois-Rivières

M. Bertrand Couturier
Saint-Charles-de-Drummond

M. Marcel Derenne
Plessisville

M. Nicolas Després (jusqu'au 18 avril 2007)
Trois-Rivières

M. Donat Gingras
Sainte-Thècle

M^me^ Julie Gosselin
Trois-Rivières

M. Yves Lacoursière
Sainte-Anne-de-la-Pérade

M^me^ Renée Lafleur
Saint-Célestin

M^me^ Louise Lafrenière
Shawinigan

M^me^ Jacqueline Landry-Comeau
Grand-Mère

M^me^ Yolande Morissette
Saint-Léonard-d'Aston

M^me^ Élisabeth Petit
Trois-Rivières

M. Donald Pinet (jusqu'au 18 avril 2007)
Trois-Rivières

M^me^ Ghislaine Plamondon (jusqu'au 18 avril 2007)
Shawinigan

M^me^ Christine Pruneau
Trois-Rivières

M^me^ Sylvie Roberge
Victoriaville

M^me^ Heather Wright (jusqu'au 18 avril 2007)
Inverness

Résultats atteints

Le Forum de la population a tenu six rencontres en 2007-2008. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- La situation régionale à l'égard du C. difficile ;
- L'outil régional d'information « Accès santé » ;
- La certification des résidences privées ;
- Le plan de communication régional de santé publique ;
- Le rapport sur l'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect des droits ;
- La prévention en violence conjugale ;
- Le rapport du directeur de santé publique sur la gestion des matières dangereuses à usage industriel ;
- Le plan de communication sur le régime des plaintes.

Le Forum n'a émis aucune recommandation au conseil d'administration.

Les membres du forum et du conseil d'administration ont tenu, conformément à la LSSSS, une rencontre publique conjointe le 21 novembre 2007.

La Commission multidisciplinaire régionale

Mandat

La Commission multidisciplinaire régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- L'organisation, la distribution et l'intégration des services dans la région de même que sur la planification de la main-d'œuvre à la lumière des plans régionaux d'organisation des services ;
- 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.

Liste des membres (au 31 mars 2007)

M^me^ Marie-Claude Blais
Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines sociaux
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

M^me^ Michèle Bourassa
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaines de la réadaptation et de la santé
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

M. Sébastien Caron
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaine social
CSSS de l'Énergie

M. Paul Désilets
Collège des gestionnaires du domaine social
Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

M. Jean Dufresne
Collège des gestionnaires du domaine de la réadaptation et de la santé
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

M. Vincent Guay
Collège de l'enseignement collégial
Cégep de Victoriaville

M. Yves Houle
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaines techniques
Centre de services en déficience intellectuelle

M^me^ Sophie Lacasse
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaines techniques
Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

M^me^ Lyson Marcoux
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaine social
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

M^me^ Guylaine Milot
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaines techniques
CSSS de Maskinongé

M^me^ Jocelyne Moreau
Collège de l'enseignement universitaire dans
les domaines de la santé
Département de psychoéducation
Université du Québec à Trois-Rivières

M^me^ Nicole St-Pierre
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaines de la réadaptation et de la santé
CSSS du Haut-Saint-Maurice

M^me^ Anick Sauvageau
Membre observatrice
Centre de réadaptation InterVal

M. Serge Beauchamp
Membre d'office
Pour le président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints

La Commission multidisciplinaire régionale a tenu quatre rencontres en 2007-2008, dont une conférence téléphonique. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- Les orientations régionales des services aux personnes âgées ;
- La planification de la main-d'œuvre cadre et salariée ;
- Les orientations régionales 2008-2012 en dépendances ;
- Le programme professionnel d'externat.

La Commission a émis deux recommandations au conseil d'administration portant sur :

- Les orientations régionales pour les services aux personnes âgées ;
- Les orientations régionales 2008-2012 en dépendances.

La Commission infirmière régionale

Mandat

La Commission infirmière régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- L'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services ;
- Certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers ;
- Les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Liste des membres (au 31 mars 2008)

M^me^ Hélène Beauchesne
Collège de l'enseignement collégial
Cégep de Victoriaville

M^me^ Jocelyne Belisle
Membre observatrice
CSSS de l'Énergie

M^me^ Jacqueline Bergeron
Collège des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan

M^me^ Francine Boulé
Membre cooptée
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

M. Gilles Cossette
Membre observateur
Université du Québec à Trois-Rivières

M^me^ Michèle Côté
Collège de l'enseignement universitaire
Université du Québec à Trois-Rivières

M^me^ Denise Fillion
Collège des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers
CSSS Drummond

M. Christian Gélinas
Collège des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

M. Sylvain Giguère
Collège des gestionnaires des soins infirmiers des établissements
Centre de réadaptation InterVal

M^me^ Sylvie Girard
Collège des gestionnaires des soins infirmiers des établissements
CSSS du Haut-Saint-Maurice

M^me^ Catherine Laquerre
Collège des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers
CSSS de Maskinongé

M^me^ Josée Panneton
Membre observatrice
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

M^me^ Dolorès Pronovost
Collège des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires
CSSS de l'Énergie

M^me^ Lucie Rivard
Membre observatrice
CSSS de Trois-Rivières

M^me^ Evlyn Matthieu
Membre d'office
Pour le président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints
La Commission infirmière régionale a tenu cinq rencontres en 2007-2008, dont une conférence téléphonique. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- La planification régionale de l'organisation des services pharmaceutiques – circuit du médicament ;
- Les orientations régionales des services aux personnes âgées ;
- La planification de la main-d'œuvre cadre et salariée ;
- Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne ;
- Les orientations régionales 2008-2012 en dépendances ;
- Le programme professionnel d'externat.

La Commission a émis trois avis au conseil d'administration portant sur :

- La planification régionale de l'organisation des services pharmaceutiques – circuit du médicament ;
- Les orientations régionales des services aux personnes âgées ;
- Les orientations régionales 2008-2012 en dépendances.

Les instances consultatives à la présidence-direction générale

Le Département régional de médecine générale

Mandat
Le Département régional de médecine générale (DRMG), sous l'autorité du président-directeur général, a les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique ;
- Définir et proposer le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux ;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux ;
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières ;
- Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux ;
- Donner son avis sur tout projet relatif à la dispensation des services médicaux généraux ;
- Assurer la mise en place et l'application des décisions de l'Agence en ces domaines et en évaluer l'atteinte des objectifs.

Liste des membres du comité de direction (au 31 mars 2008)

D^re^ Manon Bernier
Table médicale territoriale d'Arthabaska-et-de-l'Érable

D^r^ Réjean Duplain
Table médicale territoriale de Trois-Rivières

D^r^ Benoît Gervais
Table médicale territoriale de Drummondville

D^r^ Guy Gingras
Table médicale territoriale du Haut-Saint-Maurice

D^r^ Guy Grenier
Table médicale territoriale de Maskinongé

D[r] Jocelyn Hébert
Table médicale territoriale de Bécancour–Nicolet-Yamaska

D[r] Denis Huot
Table médicale territoriale de l'Énergie

D[re] Christine Jacques
Table médicale territoriale de la Vallée-de-la-Batiscan

M. Jean-Denis Allaire
Membre d'office
Président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints
Le comité de direction du DRMG a tenu dix rencontres en 2007-2008. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- L'accréditation et le renouvellement de groupes de médecins de famille ;
- Le support à deux coopératives intéressées à devenir GMF ;
- L'attribution de forfaits d'accessibilité pour la pratique médicale en ruralité ;
- L'appui aux tables médicales territoriales pour la gestion de la liste des patients orphelins ;
- L'élaboration et la gestion du Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique ;
- Une discussion sur différentes approches – modèles d'organisation des services en première ligne ;
- Un état de situation et un octroi de demande pour les activités médicales particulières ;
- L'implantation des infirmières praticiennes spécialisées dans les réseaux locaux de services ;
- L'appropriation du processus d'évaluation-diagnostic des jeunes de moins de six ans dont le médecin soupçonne un trouble envahissant du développement ;
- L'appropriation du cadre de référence régional Soutien d'intensité variable en santé mentale ;
- Les orientations régionales en dépendances.

Le comité a déposé cinq avis favorables portant sur les sujets suivants :

- Le processus d'évaluation-diagnostic des jeunes de moins de six ans dont le médecin soupçonne un trouble envahissant du développement ;
- Le cadre de référence régional Soutien d'intensité variable en santé mentale ;
- Les orientations régionales en dépendances ;
- Les recommandations à faire au nouveau commissaire adjoint à la santé et au bien-être sur l'organisation des services de première ligne ;
- Les mécanismes d'accès aux services spécialisés.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Mandat
La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les principales responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés ;
- Définir et proposer le Plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés ;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés ;
- Donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments ;
- Donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposés par le RUIS.

Liste des membres du comité de direction (au 31 mars 2008)

D[r] Christian Carrier
Membre élu
Médecine de laboratoire
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Dr Georges Dufour
Membre élu
Chirurgie
CSSS de l'Énergie

Dr Marco Gallant
Membre élu
Médecine
CSSS Drummond

Dr Jean-Claude Cantin
Membre coopté
Pédiatrie
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Dr Georges Desrochers
Membre coopté
Médecine
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Représentant du Centre-du-Québec

Dr Alain Desrosiers
Membre observateur
Chirurgie
CSSS du Haut-Saint-Maurice

Dr Gilles Faust
Membre observateur
RUIS
Université de Sherbrooke

Dr Pierre Gagné
Membre observateur
RUIS
Université de Montréal

Dr Jacob-Philipp Haddad
Membre observateur
Chirurgie
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Représentant de la Mauricie

Dr Pierre Lapointe
Membre observateur
Psychiatrie
CSSS de l'Énergie

Dr Normand Laurin
Membre observateur
Imagerie médicale
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Dr Stéphane Pelletier
Membre observateur
Anesthésiologie
CSSS Drummond

Dr Luc St-Pierre
Membre observateur
Gynécologie-obstétrique
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

M. Jean-Denis Allaire
Membre d'office
Président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints

Le comité de direction de la Table des chefs de département de médecine spécialisée a tenu cinq rencontres régulières et une rencontre extraordinaire en conférence téléphonique. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- Le remplacement et le développement en haute technologie et l'équité intrarégionale ;
- L'implication dans la démarche sur les plans régionaux des effectifs médicaux 2007-2008 ;
- L'organisation des services de biologie médicale dans la région ;
- L'appropriation du processus d'évaluation-diagnostic des jeunes de moins de six ans dont le médecin soupçonne un trouble envahissant du développement ;
- L'appropriation du cadre de référence régional Soutien d'intensité variable en santé mentale ;
- L'accès aux services d'orthopédie au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable ;
- Le déploiement de la phase II du système PACS régional (Picture archiving computer system) ;
- Le déploiement du Réseau intégré de gestion d'information clinique dans la région.

Le comité a déposé cinq avis favorables portant sur les sujets suivants :

- Les listes des priorités d'investissement en haute technologie 2006-2007 et 2007-2008 ainsi que sur les conditions associées à certaines priorités ;

- Une demande de dérogation pour un poste de gériatre à l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie pour l'année 2008 ;

- Une demande d'ajout et de priorisation de postes en psychiatrie dans une perspective de négociation avec les RUIS ;

- Une demande d'ajout de postes en médecine interne dans les hôpitaux de la région.

Le comité régional des services pharmaceutiques

Mandat

Le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre ;

- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments ;

- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et services pharmaceutiques.

Liste des membres (au 31 mars 2008)

M^me^ Louise Deshaies
Membre élue
Pharmacienne propriétaire

M. Charles Fortier
Membre élu
Pharmacien-chef au CSSS Drummond

M^me^ Isabelle Jacques
Membre nommée
Pharmacienne salariée communautaire

M^me^ Louise Lafond
Membre élue
Pharmacienne salariée au CSSS Drummond

M. Alain Lafrance
Membre nommé
Pharmacien propriétaire

M^me^ Hélène Lamy
Membre nommée
Pharmacienne salariée au CSSS de l'Énergie

M^me^ France Manseau
Membre nommée
Pharmacienne-chef au CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska

M^me^ Chantal Morissette
Membre élue
Pharmacienne salariée communautaire

M. Jean-Denis Allaire
Membre d'office
Président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints

Le comité régional sur les services pharmaceutiques a tenu cinq rencontres en 2007-2008. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- La planification régionale de l'organisation des services pharmaceutiques – circuit du médicament ;

- L'ordonnance collective régionale – arrêt tabagique et pédiculose ;

- Le Dossier de santé du Québec ;

- La grippe aviaire et la pandémie d'influenza – volet services pharmaceutiques ;

- Le transfert de la clientèle stable des cliniques d'anticoagulothérapie des établissements de santé vers les pharmacies communautaires ;

- La communication du profil pharmacologique d'un usager – avis juridique de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux ;

- Le rapport sur la pénurie de pharmaciennes et pharmaciens publié par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires ;

- La situation d'urgence lors de rupture de stock de médicaments et la facilité de communication avec les prescripteurs.

Le comité a déposé deux avis favorables portant sur les sujets suivants :

- La planification régionale de l'organisation des services pharmaceutiques – circuit du médicament ;
- Les orientations régionales en dépendances 2008-2012.

Le comité pour les programmes d'accès en langue anglaise

Mandat

Le comité pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise est responsable de donner son avis sur les programmes d'accès à des services en langue anglaise élaborés par l'Agence, évaluer ces programmes et, le cas échéant, y suggérer des modifications.

Liste des membres (au 31 mars 2008)

M^me^ Carol Chiasson
Collège *Population anglophone*
Trois-Rivières

M^me^ Charlotte Dousett
Collège *Population anglophone*
Trois-Rivières

M^me^ Mary-Frances Enright
Collège *Associations communautaires*
Saint-Félix-de-Kingsey

M. Jay Grivell
Collège *Population anglophone*
Shawinigan

M^me^ Maria Lavoie
Collège *Milieux scolaires anglophones*
Commission scolaire Central Québec

Résultats atteints

Le comité pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise a tenu une rencontre en 2007-2008. Au cours de cette réunion, les principales questions suivantes ont été abordées :

- L'adoption du programme d'accès par le gouvernement ;
- Le projet de banque régionale d'interprètes : résultats des recherches sur les besoins et le fonctionnement ;
- Le suivi de la mise en œuvre de la Politique régionale d'accessibilité linguistique : plans de communication, données d'achalandage, sondage de satisfaction.

Le comité n'a émis aucune recommandation au conseil d'administration.

LE PROJET RÉGIONAL
ET SES PRINCIPAUX ENJEUX

CHAPITRE 3

Voilà plus de douze ans que le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec est animé par la réalisation d'un projet régional dont les assises sont contenues dans le modèle régional d'organisation de services adopté en 2004 qui vise l'émergence de huit réseaux locaux de services (RLS) au sein d'un réseau régional cohérent et fonctionnel. Ce modèle a donné un nouvel essor à un réseau en construction depuis 1996 (Plan de transformation de 1996 et Plan de consolidation de 1999). En effet, les objectifs poursuivis et la dynamique régionale préconisée sont demeurés les mêmes.

- Objectifs :
  - améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des services tout en intégrant les orientations et priorités ministérielles ;
  - agir en amont des problèmes sociaux et de santé ;
  - rendre accessibles, dans chaque territoire de RLS, tous les services possibles ;
  - assurer l'accès rapide et équitable aux services spécialisés et surspécialisés ;
  - assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources de toute nature confiées au réseau.
- Dynamique régionale :
  - s'appuie sur une forte dynamique associative agence-réseau permettant de développer une vision partagée ;
  - priorité à la réponse concrète aux besoins des personnes et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ;

- arrimage avec le milieu médical et avec le mouvement communautaire ;
- arrimage avec les partenaires intersectoriels (scolaires, municipaux, gouvernementaux, Conférence régionale des élus et autres).

- Perspective :

  - assurer la présence auprès de la population d'un réseau régional :
    - solide et solidaire ;
    - composé d'organisations locales et régionales fortes, complémentaires et en interdépendance ;
    - tendant vers une autosuffisance régionale :
      - maximiser l'accès aux services spécialisés dans notre région ;
      - assurer une plus grande rétention de notre population ;
      - assurer des solutions en région à chaque fois que cela est possible.

LE SUIVI DE L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

Les résultats atteints cette année viennent témoigner de la fin du processus d'implantation des RLS.

À ce titre, mentionnons qu'au 31 mars 2008 :

- Tous les CSSS en étaient à l'étape de mise en œuvre de leur projet clinique sur leur territoire ;

- Les établissements à vocation régionale sont tous en lien avec les huit CSSS et ont collaboré aussi bien aux phases de planification qu'aux phases de réalisation des priorités d'action des projets cliniques ;

- Les établissements ont convenu aussi d'une première génération d'ententes de collaboration donnant lieu à la formalisation de nouveaux corridors de services entre les CSSS et les établissements à vocation régionale ou à la consolidation de certaines pratiques entre eux. Tous avaient au minimum une entente de signée et poursuivaient leurs travaux pour compléter la démarche.

Par rapport aux objectifs de la démarche régionale que poursuit l'Agence depuis trois ans, on peut affirmer que les défis énoncés en 2004 ont tous été atteints. Ils visaient à s'assurer du succès de l'implantation des CSSS et des RLS ainsi que des projets cliniques territoriaux et du projet régional d'organisation des services.

Plus précisément, l'Agence entendait :

- Assumer de façon mobilisée, efficace et coordonnée ses responsabilités en matière de soutien à l'implantation des réseaux locaux de services ;

- S'assurer de la cohérence de ses propres actions de soutien avec ses autres décisions et démarches reliées à l'exercice de ses responsabilités courantes ;

- Identifier et mettre en œuvre progressivement des actions de soutien, en s'associant particulièrement les directions générales d'établissements, le DRMG et la Table régionale des organismes communautaires (TROC) ;

- Officialiser un plan d'action évolutif permettant de rendre visible, au bénéfice des partenaires, l'ensemble des actions régionales de soutien et de coordination conduites par l'Agence ;

- Produire un état d'avancement des travaux périodique permettant de témoigner au ministre des efforts prévus pour assurer le succès de l'implantation des réseaux locaux de services et du réseau régional.

Les résultats de la démarche régionale

Le plan d'action évolutif a été entièrement réalisé. La publication du dernier *État d'avancement des réseaux locaux de services* du 8 juin 2007 témoigne de l'ensemble des mesures déployées et démontre que :

- Des actions régionales ont été réalisées en vue de préparer, impliquer et informer les administrateurs et le personnel des établissements, les médecins, les organismes communautaires, dont celles-ci :

  - des activités de lancement et de mise à niveau auprès des conseils d'administration, des cadres supérieurs, des cadres intermédiaires, du personnel de l'Agence, des exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers et conseils multidisciplinaires ont eu lieu de mars à juin 2005 ;
  - des activités de formation de type « déjeuner-conférence » et de type « séminaire » se sont échelonnées d'avril 2005 au printemps 2008 à l'intention des cadres supérieurs et des cadres intermédiaires des établissements du réseau.

- Des mécanismes de gestion et de cohérence ont été développés en vue de soutenir les actions régionales dont :

    - les rencontres régulières avec les directeurs généraux de la région pour identifier les gestes régionaux les plus susceptibles d'aider concrètement la mise sur pied des RLS au sein d'un réseau régional cohérent ;
    - les travaux de la Table régionale des responsables des projets cliniques permettant l'expression des besoins de soutien, le partage d'information, le transfert des connaissances, le développement d'une instrumentation (cadres de référence, ententes-types de collaboration, guides d'animation de mise en réseau) favorisant la cohérence et l'arrimage des travaux territoriaux.

- La publication périodique de six états d'avancement des travaux a été réalisée également comme prévu, entre juin 2004 et juin 2007, permettant de suivre les démarches territoriales, les démarches des établissements spécialisés à vocation régionale et du CHRTR, et celles de l'Agence menant à l'élaboration des projets cliniques.

- Un bilan des activités de la Table régionale des responsables des projets cliniques a été également réalisé en octobre 2007, faisant le relevé des réunions, de la participation des membres, des attentes, des sujets de discussion, des activités de codéveloppement, des ajustements de parcours et des outils de transfert des connaissances qui ont marqué la gestion de projet.

LA PARTICIPATION DE LA POPULATION ET LES DROITS DES USAGERS

CHAPITRE 4

LE FORUM DE LA POPULATION

À l'occasion de la rencontre publique tenue entre le Forum de la population et le conseil d'administration de l'Agence, les membres du forum ont exprimé leur appréciation de l'approche « groupe de discussion » développée par l'Agence.

Principales préoccupations soulevées par le Forum de la population et les principaux messages adressés au conseil :

- La satisfaction de constater que l'Agence aborde le processus de traitement des plaintes comme une occasion d'amélioration des services ;
- L'importance d'assurer une vigie active à l'égard des multiples facettes du vieillissement de la population. À cet égard, la certification des résidences privées constitue un début prometteur ;
- L'inquiétude face au manque flagrant de médecins de famille au Centre-du-Québec et en Mauricie, ce qui fait en sorte que la population de notre région n'a pas droit au même accès que les autres régions du Québec ;
- L'importance des mesures de contrôle des visites en institution ainsi que de l'application et le respect des mesures hygiéniques par la population et le personnel du réseau dans la lutte contre le C. difficile ;
- L'appréciation de la clarté et l'efficacité rassurante des mesures d'intervention en cas d'alerte nucléaire ;

- L'importance accordée aux commentaires des membres du forum dans la réalisation du dépliant « Accès santé » qui vise à faire connaître à la population les différentes portes d'entrée aux services du réseau ;

- L'appréciation de la transparence de l'Agence et de sa simplicité d'accueil des propositions du forum.

L'EXAMEN DES PLAINTES

L'amélioration de la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sont assurés notamment par le traitement diligent des plaintes.

Les tableaux qui suivent présentent un bilan des plaintes traitées et des interventions effectuées par le commissaire régional de l'Agence, de même que des plaintes traitées par les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements de la région.

Plaintes conclues par l'Agence, par type d'instance	2007-2008	2006-2007
Organismes communautaires	14	16
Services préhospitaliers d'urgence	19	16
Services et fonctions de l'Agence	7	7
Résidences pour personnes âgées	4	21
Total	**44**	**60**

Interventions de l'Agence, par type d'instance	2007-2008	2006-2007
Organismes communautaires	0	2
Services préhospitaliers d'urgence	10	2
Résidences pour personnes âgées	33	32
Organismes privés	0	0
Résidences privées pour clientèle vulnérable	3	2
Total	**46**	**38**

Bilan des dossiers de plaintes conclues par les établissements, par mission	2007-2008	2006-2007
Centres hospitaliers	588	660
Centres locaux de services communautaires (CLSC)	108	100
Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)	110	96
Centres jeunesse	79	72
Centres de réadaptation	39	51
Total	**924**	**979**

Bilan des catégories d'objets de plaintes conclues par les établissements	2007-2008	2006-2007
Accessibilité	284	238
Soins et services dispensés	539	591
Relations interpersonnelles	347	508
Organisation du milieu et ressources matérielles	171	234
Aspect financier	102	145
Droits particuliers et autres objets	106	120
Total	**1 549**	**1 836**

N. B. : Une plainte peut compter plusieurs objets.

Parmi les faits saillants du rapport des plaintes de l'année 2007-2008, il faut mentionner que des mesures correctives sont identifiées dans 77 % des objets de plaintes et d'interventions examinés par le commissaire régional et 56 % des objets de plaintes examinés par les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements de la région. Cette donnée permet de confirmer la contribution du traitement des plaintes à l'amélioration de la qualité des services.

LA PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

Les différents rapports des commissaires aux plaintes et à la qualité des services font état des mécanismes mis en œuvre pour faciliter l'accès au régime des plaintes, notamment par de la réalisation d'outils et d'activités d'information. À ce sujet, une diffusion massive des outils promotionnels élaborés par le MSSS a été effectuée au cours de l'année.

D'autre part, en vertu de la LSSSS, l'Agence a la responsabilité de développer des mécanismes de protection des usagers, de promotion et de défense de leurs droits. À cet égard, notre région s'est dotée de deux mécanismes qui favorisent l'intégration des actions de l'Agence, du commissaire régional, des commissaires locaux et des comités des usagers et de résidents en ce domaine. La coordination de ces mécanismes est confiée au commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Les rencontres régionales des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services

Ces rencontres ont pour but d'assurer la cohérence et l'harmonisation des pratiques reliées au traitement des plaintes des usagers et à l'exercice des fonctions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services.

Faits saillants 2007-2008 :

Les commissaires ont tenu cinq rencontres en 2007-2008. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- La planification de mécanismes de promotion du régime d'examen des plaintes ;
- La collaboration au projet d'un guide de pratique à l'intention des comités de vigilance ;
- Le sondage régional sur les besoins en formation des commissaires ;
- L'organisation de deux formations portant sur le système informatisé de gestion des plaintes.

Les activités de la Table régionale des comités des usagers

La Table régionale des comités des usagers et de résidents vise notamment à :

- Informer et outiller les comités dans l'exercice de leurs fonctions ;
- Procurer un lieu de partage et d'échanges sur les pratiques et activités des comités ;
- Réaliser des activités visant à accroître la visibilité des comités au sein de la population et du réseau de la santé et des services sociaux.

Faits saillants 2007-2008 :

La Table a tenu cinq rencontres en 2007-2008. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- La Semaine régionale des comités des usagers – comités de résidents visant à accroître la visibilité des comités au sein de la communauté et des établissements ;
- La Journée régionale des comités des usagers – comités de résidents :
  - la participation de M^me^ Raymonde St-Germain, protectrice des citoyens ;
  - la participation du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes ;
  - les échanges de bonnes pratiques entre les comités ;
  - l'élaboration d'un code de conduite à l'intention des membres des comités.

L'INFORMATION AUX USAGERS

- Afin de faciliter les démarches des citoyens pour accéder à un service lorsque survient un problème de santé et les orienter au bon endroit, l'Agence, en étroite collaboration avec les établissements de la région, a préparé un outil d'information et de référence sur la gamme de services de première ligne offerts dans chacun des territoires de réseaux locaux de services.

- En février 2008, plus de 224 000 exemplaires de la brochure d'information sur les services de santé et services sociaux offerts dans chacun des huit territoires de réseaux locaux de services, intitulée *Accès Santé, votre porte d'entrée aux services,* ont été distribués par la poste dans tous les foyers du Centre-du-Québec et de la Mauricie.

- Une importante campagne promotionnelle dans les médias régionaux a accompagné la sortie de ce guide, invitant la population à le conserver précieusement. Plusieurs partenaires du réseau ont également reçu des exemplaires (organismes communautaires, cliniques médicales, pharmacies, etc.). De plus, des versions électroniques des brochures sont disponibles sur les sites Internet des établissements.

- Ce projet a nécessité un investissement de plus de 100 000 $ et constituait une première pour notre région.

- Préparé en étroite collaboration avec les établissements de la région, la conception et la pertinence de l'outil ont été validées par le Forum de la population de l'Agence.

LA QUALITÉ DES SERVICES

CHAPITRE 5

LA PRESTATION SÉCURITAIRE ET LA GESTION DES RISQUES

- Tous les établissements de la région ont formé un comité de gestion des risques et plus de cent représentants d'établissements ont participé aux activités de formation préparées par le MSSS sur la mise en œuvre et le fonctionnement du comité.

- Le degré de satisfaction des participants aux activités de formation est très élevé. Les principaux apprentissages portent sur les diverses façons de mettre en place des mesures de soutien destinées à la fois au comité local de gestion des risques et aux membres de la famille de l'usager.

- Quant aux suites à donner aux activités de formation, les participants ont exprimé le souhait d'approfondir certains thèmes liés à la gestion des risques et le besoin d'avoir accès à des moyens pratiques pour assurer un meilleur fonctionnement du comité local.

LES ACCIDENTS / INCIDENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS

- Dans le but d'alimenter le registre national des accidents / incidents, tous les établissements de la région sont à implanter un système d'information informatisé qui permettra de recueillir et traiter les données générées par le formulaire de déclaration des accidents / incidents.

LES PROJETS RÉSEAU EN QUALITÉ

En 2007, l'Agence a dégagé un budget récurrent de 100 000 $ dans le but de soutenir les établissements dans le cadre de projets réseau en matière de qualité.

À ce jour, quatre projets ont été réalisés :

- Le développement par le CSSS de Trois-Rivières d'un outil de sondage à utiliser par les établissements visés auprès des usagers sur les conditions d'attente à l'urgence ;
- L'implantation par le Centre jeunesse d'une application informatique permettant d'évaluer par sondage de façon continue la qualité des services ;
- L'élaboration par le CSDI d'un guide de soutien au fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité ;
- La mise en œuvre par l'Agence d'un site Internet sur la qualité à l'intention des responsables de la qualité dans les établissements.

LES COMITÉS DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

- Conformément à la LSSSS, tous les établissements publics et conventionnés de la région ont mis en place un comité de vigilance et de la qualité.
- Dix comités d'établissements sur quinze ont tenu en moyenne cinq rencontres dans l'année. Par contre, cinq comités ont eu trois rencontres ou moins en 2007-2008.

De façon générale, les conseils d'administration n'ont pas eu à prendre d'actions précises afin de donner suite aux diverses recommandations de leur comité de vigilance et de la qualité puisqu'elles ont été prises en charge par les directions d'établissements. Les conseils d'administration assurent cependant un suivi des recommandations et des actions mises en place.

LA CURATELLE PUBLIQUE

- À l'hiver 2008, une activité de formation organisée en collaboration avec le bureau du Curateur public a regroupé une cinquantaine de représentants d'établissements. Le but visé par cette activité était double : proposer une mise à niveau et un rafraîchissement des connaissances sur les mesures de protection tout en jetant les bases d'une meilleure communication entre la curatelle publique et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.
- L'évaluation de l'activité démontre la pertinence de tenir périodiquement ce type de rencontre.

LA DÉMARCHE D'AGRÉMENT

- L'Agence a mis en place une modalité administrative qui permet de faire un état de situation périodique.
- Six établissements ont complété en 2007-2008 un processus d'agrément. Quatre établissements ont amorcé un processus dont une décision est attendue avant la fin de l'année 2008.

L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE (CONTENTION)

Dans le cadre d'un bilan de l'application des orientations ministérielles en matière de mesures de contrôle réalisé auprès des établissements de la région, l'Agence a pu reconnaître l'engagement des établissements au regard de ce dossier ainsi que les résultats obtenus à la lumière des constats suivants :

- À une exception près, tous les établissements ont sensibilisé les membres de leur conseil d'administration et du comité de direction sur la nouvelle approche pour l'utilisation des mesures de contrôle ;
- La plupart des établissements (spécifiquement en CSSS) ont sensibilisé les cadres et les équipes de travail œuvrant en longue durée faisant en sorte que le personnel des autres programmes soit sensibilisé ;
- La plupart des établissements ont développé des indicateurs afin de mesurer les changements de pratique en matière de mesures de contrôle ;
- Quelques établissements ont acheté des équipements leur permettant de mettre en place des mesures alternatives de contrôle.

Afin de soutenir les actions menées par les établissements dans ce dossier, l'Agence a favorisé le partage d'outils et pourra, le cas échéant, produire du matériel de sensibilisation à la demande des établissements intéressés. Au sujet

des indicateurs d'application des mesures de contrôle, un représentant de l'Agence participe aux travaux ministériels sur le sujet dont les résultats sont attendus pour l'automne 2008.

Au regard de ce dossier, les membres du comité de vigilance de l'Agence ont recommandé au conseil d'administration de celle-ci d'adopter une motion de félicitations à l'intention des établissements de la région ayant une vocation de longue durée pour souligner l'implantation avec succès de la nouvelle approche en matière d'application des mesures de contrôle.

LES VISITES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ ET LES SUIVIS

Pour la période concernée, trois installations appartenant à des établissements exerçant une mission CHSLD et seize installations RNI ont été visitées dans le cadre du programme des visites ministérielles.

Rappelons rapidement que ces visites ont pour but d'apprécier la qualité des services au sein de ces installations et d'évaluer l'état d'avancement des orientations ministérielles concernant le milieu de vie. Pour chacune des visites effectuées, un rapport comportant des recommandations a été produit. Les établissements sont invités à élaborer un plan d'action pour assurer le suivi des recommandations. Le suivi du plan d'action est assuré par la Direction des services sociaux de l'Agence.

Établissement	Installation visitée	Nombre de lits ou places
CSSS de Trois-Rivières	Résidence Joseph-Denys	118
CSSS Drummond	Centre d'hébergement Marguerite-d'Youville	66
CSSS de l'Énergie	Centre d'hébergement Saint-Maurice	165
CSSS Drummond	4 ressources intermédiaires	83
	6 ressources de type familial	43
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	7 ressources intermédiaires	52
	1 ressource de type familial	4

LES RAPPORTS DE CORONERS

- L'Agence a mis en place une modalité de suivi périodique permettant de faire le point sur la mise en œuvre des actions correctrices suggérées par les coroners.

- Notre région a fait l'objet de dix rapports de coroners. Sept établissements de la région étaient concernés par l'un de ces rapports et le transport ambulancier a été visé par quatre de ces rapports. La dispensation des soins à l'urgence a été touchée par trois rapports. Les coroners ont mis en cause également le système des plaintes, la distribution des médicaments, la prise en charge psychosociale d'un usager, les services hospitaliers et l'hébergement en longue durée.

- Il est important de mentionner qu'un seul rapport constate qu'un décès aurait pu être évité et des recommandations très précises ont été formulées afin que ne se reproduise une telle situation.

L'ACCESSIBILITÉ LINGUISTIQUE

- En décembre 2007, le gouvernement décrétait l'application, dans tous les établissements de la région, des modalités d'accès prévues à la *Politique régionale d'accessibilité linguistique aux services de santé et aux services sociaux.*

- Cette politique, préalablement adoptée par le conseil d'administration de l'Agence en concertation avec les établissements de la région, prévoit le recours à des services d'assistance linguistique, tel l'interprétariat, lorsque le droit d'un usager à recevoir des services cliniques adéquats est compromis par une difficulté à communiquer en français.

- L'Agence, grâce à une contribution financière de Santé Canada administrée par l'Université McGill, a mené une recherche sur les besoins régionaux en interprétariat auprès de 139 organismes de la région.

- Grâce à une subvention du MSSS, l'Agence a également conduit une étude comparative des différentes banques d'interprètes au Québec qui propose des pistes de réflexion et des orientations de développement susceptibles de faciliter l'accessibilité linguistique aux services ainsi que l'adaptation culturelle des interventions au sein du réseau québécois.

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES FEMMES ET L'ANALYSE DIFFÉRENCIÉE SELON LES SEXES

- Des travaux ont été menés avec le ministère des Affaires municipales et des Régions en vue de participer au développement d'ententes spécifiques pour le Centre-du-Québec et la Mauricie en matière d'égalité entre les femmes et les hommes.

- Des rencontres périodiques ont eu lieu avec les représentantes des deux tables de concertation du mouvement des femmes de la région afin de favoriser l'utilisation de l'analyse différenciée selon les sexes et la prise en compte des spécificités en matière de santé et de bien-être des femmes dans les démarches régionales en cours.

- Une démarche d'identification de besoins de formation menée auprès des établissements de la région a été réalisée à la demande du Ministère à l'automne 2007. Aucun besoin prioritaire de formation n'a été exprimé par les établissements.

LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE PROBLÉMATIQUE MULTIPLE ET COMPLEXE

- L'Agence a amorcé ses travaux avec le comité consultatif composé d'intervenants provenant d'établissements impliqués auprès de cette clientèle afin de doter la région d'un cadre de référence relatif aux services d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaires pour les adultes aux prises avec des problématiques multiples et présentant une dangerosité élevée. Ces personnes posent actuellement un réel défi aux établissements et intervenants qui les desservent.

- Ce cadre devra inclure l'offre de services d'hospitalisation du CSSS de l'Énergie (Centre régional de santé mentale), le volet de l'hébergement sécuritaire, les mécanismes d'accès et, le cas échéant, de réinsertion de ces personnes.

- Le CSSS de l'Énergie a reçu le mandat d'élaborer une proposition visant la mise en place de services d'hospitalisation avec la participation d'un comité restreint incluant une représentation d'autres établissements de la région.

- Les rencontres du comité consultatif ont débuté en janvier 2008. Le plan de travail est respecté. Le CSSS de l'Énergie a déposé la proposition du volet hospitalier en mars 2008.

UN INSTITUT UNIVERSITAIRE

- La démarche visant à présenter la candidature du CSDI au titre d'Institut universitaire a franchi une autre étape. L'établissement a obtenu l'autorisation du ministre Philippe Couillard pour présenter son dossier de candidature au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture. Le CSDI a donc déposé son dossier en mars dernier pour les fins d'évaluation de sa qualité scientifique.

LES AFFAIRES MÉDICALES

CHAPITRE 6

LES EFFECTIFS EN OMNIPRATIQUE

Les multiples représentations par l'Agence et le DRMG font en sorte que le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) reconnaissent toujours la région Mauricie et Centre-du-Québec comme ayant la plus forte pénurie d'effectifs médiaux en omnipratique du Québec avec seulement 81 % d'atteinte de ses besoins.

Effectifs médicaux en omnipratique (Équivalent temps complet : ETC)	2007-2008	2006-2007
Médecins en place (ETC)	420	412
Besoins normalisés (ETC)	526	522
Écart selon les besoins	106	110
% d'atteinte du plan d'effectifs de la région	81,0 %	78,9 %
% d'atteinte du plan d'effectifs du Québec	90,7 %	90,7 %

- En 2007, 30 nouveaux médecins ont obtenu des avis de conformité pour pratiquer dans notre région, alors que le ministre en avait autorisé 28. Malgré l'arrivée de ces nouveaux médecins, la région ne réussit pas à combler l'écart pour ses besoins reconnus à 526 médecins omnipraticiens. Onze médecins ont quitté notre région et cinq sont partis à la retraite ou ont cessé leur pratique.

- Le DRMG va continuer ses représentations auprès de la FMOQ et du MSSS pour modifier la méthodologie de répartition des nouveaux médecins afin de favoriser notre région.

Plan d'effectifs en omnipratique	2007-2008	2006-2007
Objectif de croissance	25	28
Recrutement (avis de conformité)	24	30
Départ	16	9
Ajout net	8	21

Le recrutement de médecins étrangers

- Un nouveau médecin étranger a débuté sa pratique dans notre région, à Shawinigan.
- Trois spécialistes et trois omnipraticiens sont en stage d'évaluation et devraient débuter leur pratique d'ici l'automne 2008, alors que 42 autres médecins étrangers parrainés par nos établissements sont toujours en démarche d'obtention de leur permis.

Recrutement de médecins étrangers parrainés par les établissements Omnipraticiens	2007-2008	2006-2007
Parrainés par les établissements	42	29
Permis de pratique obtenu	1	1

Les mesures incitatives

- L'Agence a obtenu quatre nouveaux forfaits d'accessibilité de 20 000 $ pour favoriser l'installation de médecins dans la région. En 2007, le DRMG a octroyé les quatre forfaits en Mauricie.

LES EFFECTIFS EN SPÉCIALITÉS

Le dynamisme des médecins de la région dans la recherche de nouveaux médecins résidents, la rigueur des règles de gestion et la participation accrue de la région aux travaux des comités de gestion des plans d'effectifs médicaux des réseaux universitaires intégrés de santé de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke ont eu pour effet d'améliorer de façon appréciable le recrutement, notamment dans les spécialités de base.

- La région comptait 336 médecins spécialistes en janvier 2007 et ce nombre est passé à 342 en mars 2008. À l'exception de quelques spécialités où le manque de médecins est encore présent (pédiatrie et psychiatrie), l'arrivée des nouveaux médecins améliorera l'accès aux soins spécialisés pour la population, notamment les personnes qui attendent pour un examen diagnostic et une intervention chirurgicale. Il faut cependant considérer que le Haut-Saint-Maurice dispose de moins d'effectifs médicaux spécialisés dû à son faible taux d'attraction (situation géographique).
- Le taux d'atteinte du Plan régional des effectifs médicaux en spécialité est de 89,3 %, soit 342 sur 383 médecins accordés comme objectif de croissance des effectifs pour notre région. Le taux d'atteinte national est de 92,6 %.

Effectifs médicaux en spécialité (individus)	Mars 2008	Janvier 2007
Médecins en place		
▪ Spécialités de base	205	194
▪ Spécialités régionales	137	142
Total	**342**	**336**
Plan régional d'effectifs		
▪ Spécialités de base	224	210
▪ Spécialités régionales	159	163
Total	**383**	**373**
▪ Spécialités de base	91,5 %	92,4 %
▪ Spécialités régionales	86,2 %	87,1 %

	Mars 2008	Novembre 2007
Recrutement (avis de conformité)	22	29
Départs	2	9
Ajout net	20	20

LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

- Un nouveau groupe de médecine de famille (GMF) a été accrédité par le MSSS, ce qui porte à 18 le nombre de GMF dans la région : onze au Centre-du-Québec et sept en Mauricie.
- Ces 18 GMF accrédités comprennent 199 médecins et 30 infirmières équivalents temps complet. Au 31 mars 2008, environ 181 135 personnes étaient inscrites, soit 37 % de la population du territoire.

Groupes de médecine de famille en Mauricie et Centre-du-Québec

GMF accrédités par territoire	Nombre	Nombre de médecins (incluant médecin responsable)	Personnes inscrites	Personnes inscrites et vulnérables	% personnes vulnérables
Mauricie	7	65	45 707	14 610	31 %
Centre-du-Québec	11	134	135 428	37 423	27 %

LA FORMATION UNIVERSITAIRE

La formation médicale décentralisée

- En 2007, les établissements de la région ont connu une augmentation très appréciable du nombre de résidents et d'étudiants en externe dans le cadre de la formation médicale décentralisée. Un budget de 654 696 $ a été autorisé par le MSSS pour supporter les établissements. Ainsi, près de 1 020 étudiants et résidents provenant des quatre facultés de médecine sont venus faire des stages dans nos quatre hôpitaux de la région, soit une augmentation de 20 % comparativement à 2006.

Le campus universitaire et l'Unité de formation en médecine de famille

- L'évolution du campus universitaire de la Faculté de médecine de Montréal situé au CHRTR s'est poursuivie avec l'arrivée de 24 nouveaux étudiants en prémédecine en septembre 2007 à l'UQTR. Ceux-ci s'ajoutent aux 62 étudiants de la première et deuxième année et aux 60 en

externat. Quinze résidents de médecine familiale sont en formation à l'Unité de médecine familiale de Trois-Rivières (UMF) et quatre autres débuteront en juillet 2008.

- Les retombées de la formation universitaire en médecine du campus ont résulté en la création d'une unité de médecine interne au CSSS de l'Énergie à Shawinigan pour la supervision des étudiants dans cette discipline. De plus, le CSSS de l'Énergie a réalisé, en juillet 2007, la mise en place de son UMF avec quatre résidents.

Programme de formation médicale décentralisée Médecin de famille et spécialité de base	**2007-2008**	**2006-2007**
Externat et résidence		
Mois-stage répartis dans la région	1 017	850

Provenance des étudiants : principalement de trois facultés de médecine.

Faculté de médecine de l'Université de Montréal (Campus) Campus de Trois-Rivières	**Estimé 2008**	**2007**
Campus de Trois-Rivières		
Prémed	32	24
Première	32	32
Deuxième	32	32
Externat 1	32	32
Externat 2	32	S. 0.
TOTAL	**160**	**120**

Les étudiants de prémed, première et deuxième année reçoivent la formation à l'UQTR. Pour l'externat, les étudiants seront dirigés principalement au CHRTR et au CSSS de l'Énergie (Shawinigan).

Programme de formation Unité de médecine de famille	**Estimé 2008-2009**	**2007-2008**
Pavillon Saint-Joseph (Trois-Rivières)		
N^bre^ d'étudiants résident 1	9	7
N^bre^ d'étudiants résident 2	9	8
CSSS de l'Énergie (Shawinigan)		
N^bre^ d'étudiants résident 1	6	4
N^bre^ d'étudiants résident 2	4	S. 0.

Mentionnons également qu'avec le soutien de l'Agence et du DRMG, environ 45 médecins omnipraticiens de notre région ont suivi 24 journées de formation médicale continue en psychiatrie. Une formation similaire mais touchant principalement la géronto-gériatrie est au stade de projet.

LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

- L'octroi des AMP sur le territoire se fait sous la supervision du DRMG et de l'Agence suivant les règles précisées par le Ministère. Nous avons procédé à quelques demandes de reconnaissance d'AMP en provenance des établissements et sommes satisfaits du respect des règles établies. Il demeure encore quelques AMP non utilisées dans des secteurs tels que l'urgence et l'hébergement, ce qui est normal compte tenu du taux de rotation de ces secteurs.

- Le DRMG a entrepris des démarches afin d'obtenir des activités médicales particulières supplémentaires applicables au secteur de l'Érable. L'ouverture de cliniques de première ligne en soirée pourrait desservir le territoire à raison d'un soir par semaine au secteur de l'Érable et trois soirs par semaine au secteur Suzor-Coté.

LES MESURES D'URGENCE

CHAPITRE 7

LE RISQUE NUCLÉAIRE

- Au printemps 2007, tous les résidents vivant dans la zone de 8 km entourant la centrale nucléaire de Gentilly-2 avaient été rejoints par une nouvelle campagne de distribution de comprimés d'iode. Cette nouvelle distribution était rendue nécessaire vu que les comprimés distribués en 2003 étaient périmés. Les CSSS de Trois-Rivières, de Bécancour–Nicolet-Yamaska et de la Vallée-de-la-Batiscan, qui desservent un des secteurs compris dans la zone de 8 km, ont contribué de manière importante avec l'Agence aux activités de planification, de formation et de communication engendrées par cette opération.

  Pour cette occasion, outre les comprimés d'iode, divers moyens de communication (dépliants, DVD, affiches) et outils de sécurité civile (fiches réflexes, emballage adapté) ont été produits et distribués à la population qui réside dans le 8 km, dans le cadre d'activités participatives (journées d'information, visites à l'hôtel de ville, porte-à-porte systématique) et visant à consolider le plan de mesures d'urgence en cas d'accident nucléaire à la centrale Gentilly-2.

- Cette campagne de communication sur le risque nucléaire et sur les mesures d'urgence qui seront appliquées en cas d'accident à la centrale a été conçue et réalisée avec plusieurs partenaires de l'Organisation régionale de sécurité civile. Elle s'est vue accorder en février 2008 le prix du Mérite québécois de la sécurité civile et a fait également l'objet de propos élogieux des autorités concernées à Québec et Ottawa.

LES PLANS DE LUTTE À UNE PANDÉMIE D'INFLUENZA

- Dans le cadre du Plan régional contre une pandémie d'influenza – Mission santé, de concert avec l'Agence, tous les CSSS et le CHRTR ont préparé un premier projet d'identification de lieux d'accueil supplémentaires où seraient distribués des soins de santé au cas où une éventuelle pandémie provoquerait un débordement des capacités actuelles des établissements du réseau. Le projet a été déposé au MSSS en décembre 2007.

- Par ailleurs, un système d'information par affichage simple et efficace à l'intention du personnel du réseau a été installé dans toutes les toilettes du réseau sociosanitaire. Plus de 1 900 supports permanents ont ainsi été distribués dans les établissements de la région. Ce moyen permet de faire la promotion des bonnes pratiques en lien soit avec l'influenza saisonnière, la prévention des infections ou la préparation à une éventuelle pandémie d'influenza.

- Plus de trente représentants du réseau, dont plusieurs cadres supérieurs et une vingtaine de responsables des communications, ont été formés en relations médias afin de devenir les porte-parole locaux et régionaux lors d'une éventuelle pandémie d'influenza.

LES ÉTATS D'ALERTE POUR FAIRE FACE À UN SINISTRE MAJEUR

- Depuis plus de huit ans déjà, les rencontres entre les coordonnateurs de sécurité civile au sein de chacun des établissements du réseau et ceux de l'Agence sont devenues des lieux d'échange, de consultation et de concertation régionale, en favorisant la transmission d'expertise, le développement de plans et d'outils, la tenue d'exercices, le retour d'expériences et le partage d'une vision commune de la sécurité civile.

  Le soutien de l'Agence au développement des comités de planification interne des mesures d'urgence de chacun des établissements du réseau régional s'est poursuivi par l'organisation, entre autres, de formations sur les dossiers de la pandémie d'influenza, la chaleur accablante et le risque nucléaire.

LE PROGRAMME
SANTÉ PUBLIQUE

CHAPITRE 8

La Direction de santé publique a comme principale responsabilité d'informer la population à l'égard de l'évolution de son état de santé et de bien-être et de fournir l'expertise régionale en matière de surveillance, de prévention, de promotion et de protection de la santé publique. Dans le contexte de la mise à jour du Programme national de santé publique, des travaux ont été entrepris pour la mise à jour du Plan d'action régional de santé publique, dont l'adoption au conseil d'administration de l'Agence est prévue à l'automne 2008.

Les sections suivantes décrivent les principales réalisations en lien avec les cibles d'actions prioritaires du plan d'action régional actuel.

LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION

Les saines habitudes de vie

- Formation et appropriation par les membres d'équipes locales de promotion de saines habitudes de vie des orientations, des mandats et rôles, et du cadre d'intervention en promotion de saines habitudes de vie dans les territoires de CSSS.

- Mise en place du comité tactique régional pour la promotion de saines habitudes de vie et le développement d'environnements propices à l'adoption et au maintien du non-tabagisme, d'une saine alimentation et à la pratique quotidienne de l'activité physique.

- Travail avec les membres des conférences administratives régionales du Centre-du-Québec et de la Mauricie pour la mise en œuvre régionale du Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie pour la prévention des problématiques du poids.

- Les équipes de saines habitudes de vie des CSSS avaient quatre résultats à atteindre :

    - la promotion et le soutien des campagnes sociétales concernant les saines habitudes de vie ;
    - offrir, selon le contexte, un soutien aux commissions scolaires pour l'implantation de la politique *Virage santé à l'école* sur la saine alimentation et la pratique de l'activité physique ;
    - la promotion d'une politique de saines habitudes de vie dans leur milieu de travail et par les campagnes sociétales ;
    - établir des liens avec les municipalités pour la promotion de saines habitudes de vie.

Le tabagisme

- Le nombre de demandes de services auprès des centres d'abandon du tabagisme est passé à 829 clients, pour une augmentation de plus de 18 %.

- Une stratégie de sensibilisation des pharmaciens, visant à promouvoir une référence de leur clientèle aux prises avec un problème de tabagisme vers un des douze centres d'abandon du tabagisme installés dans les CSSS a été développée et les activités de démarchage ont été amorcées.

- Les dix intervenants des centres d'abandon ont été informés sur le mécanisme de dépendance à la nicotine et le mode d'action de la nouvelle aide pharmacologique, le tartrate de varénicline (Champix).

- 1 611 personnes se sont inscrites au *Défi J'arrête, j'y gagne !*

L'alimentation

- 44 restaurants ont participé à la campagne *Saveur santé* visant la promotion de saines habitudes alimentaires en mettant l'accent sur la consommation de fruits et de légumes et en favorisant l'achat local et régional.

- 59 restaurants ont participé à la campagne *Fruits et légumes en vedette.*

- Six CSSS et le CHRTR ont intégré leur cafétéria à la campagne.

L'activité physique

- Douze municipalités comptant le plus grand nombre de population et treize organismes de la communauté ont participé à la *Journée nationale du sport et de l'activité physique.*

- 384 milieux de travail ont reçu l'information et 63 ont participé à la campagne *Rendez-vous d'automne.*

- 65 écoles ont participé à la campagne *Marchons vers l'école.*

- 150 écoles primaires ont reçu l'information et de ce nombre, 117 ont participé à la campagne *Plaisirs d'hiver.* De plus, 117 municipalités ont reçu l'information et 46 y ont participé, 101 organismes non gouvernementaux ont également reçu l'information et 32 ont participé à la campagne.

- 198 écoles primaires ont reçu l'information et 140 ont participé à la campagne *École active.*

- 81 écoles ont participé à la campagne *Le grand petit défi !*

- Plus de 5 000 personnes se sont inscrites au *Défi santé 5/30* prônant la consommation d'au moins 5 portions de fruits et de légumes et de 30 minutes d'activité physique par jour.

Le développement des enfants et des jeunes

L'initiative Amis des bébés

Basée sur les meilleures pratiques mondiales en matière d'allaitement, l'initiative *Amis des bébés* vise essentiellement à augmenter les taux d'allaitement en mettant l'accent sur l'exclusivité de l'allaitement, en créant un environnement favorable à l'allaitement et en adoptant des pratiques exemplaires issues des données probantes.

- Le CSSS du Haut-Saint-Maurice (mission CH et CLSC), le CSSS de l'Énergie (Hôpital du Centre-de-la-Mauricie et CLSC), le CSSS de Trois-Rivières (mission CLSC), le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable (Hôtel-Dieu d'Arthabaska et CLSC) ainsi que le CHRTR ont bénéficié d'une démarche visant à mesurer le degré d'implantation du programme, leur permettant ainsi de déterminer les actions à entreprendre pour satisfaire aux normes d'agrément du programme.

- Les documents d'autoformation complétés et les quinze journées de formation portant sur des thématiques

adaptées aux besoins de chaque catégorie d'intervenants ont enregistré 290 présences en provenance des établissements du réseau et de la Maison des naissances ainsi que 162 présences en provenance des organismes communautaires en allaitement.

- Le volet « allaitement » du site Internet de l'Agence a subi une mise à jour importante. Il est mis à la disposition de la population et des intervenants pour obtenir de l'information sur l'allaitement.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Pour soutenir les familles répondant à des critères de vulnérabilité :

- 1 409 familles répondant à des critères de vulnérabilité, dont 492 ont connu un accouchement durant l'année pour un total de 10 337 interventions individuelles, ont été rejointes par les CSSS. De plus, des rencontres ont été organisées pour 48 groupes de parents afin de répondre à divers besoins de ces familles.

- 246 personnes, dont 158 intervenants de ce programme dans les CSSS, et 88 représentants d'organismes communautaires et autres partenaires ont reçu une formation visant à favoriser la création d'un lien d'attachement sécurisant entre le bébé et ses parents.

- 4 500 trousses de prévention des blessures RAPPID+ (informations et matériel pour aider les parents à prévenir les intoxications et les blessures pouvant affecter les poupons et les jeunes enfants) mises à jour ont été remises aux familles lors de la vaccination de leur bébé.

- Cinq chroniques à la radio locale ont abordé les thèmes de prévention en petite enfance : soutien aux futurs et nouveaux parents, environnement sécuritaire, portage des bébés, santé dentaire en petite enfance, et la télé et les bambins.

La démarche Écoles en santé

Partant des besoins de chaque école, la démarche *Écoles en santé* vise à convenir des meilleures actions de promotion et prévention à réaliser pour améliorer la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes.

- À cet égard, des formations interactives ont été organisées sur de nouveaux outils destinés aux tandems des quinze accompagnateurs régionaux, dont cinq en provenance des commissions scolaires et dix des CSSS, accompagnant 96 des 254 établissements scolaires primaires et secondaires de la région.

LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

- Dans le cadre d'un mandat confié par la Direction générale de santé publique du MSSS, un rapport portant sur l'adoption d'un dispositif national de surveillance du développement des communautés a été publié en octobre 2007.

  Les activités de développement social et de développement des communautés ont consisté au cours de la dernière année à diffuser et à valider, lors de colloques ou de rencontres de travail, les principales recommandations du rapport ainsi qu'à soutenir les acteurs de développement des communautés de plusieurs régions du Québec dans l'implantation d'un tableau de bord des indicateurs de développement des communautés.

- Sur un autre plan, une dizaine d'ateliers de travail ont été tenus ici et dans d'autres régions afin d'expérimenter et de valider une fiche d'appréciation du potentiel des communautés. Ces activités ont permis, d'une part, d'exporter à l'extérieur de la région une expertise développée de concert avec nos partenaires du Comité régional de développement social du Centre-du-Québec et du Consortium de développement social de la Mauricie et, d'autre part, de profiter par effet de retour, d'un ensemble de commentaires, d'avis et de critiques permettant de mieux nous outiller en vue de réduire les inégalités de santé et de bien-être et de lutter contre la pauvreté. Ce travail de transfert des connaissances et de coproduction de savoirs sera au surplus particulièrement utile lors de la mise en œuvre de la troisième phase des travaux relatifs au portrait des inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec dont les résultats seront publiés en 2009.

LA PROTECTION

Les maladies infectieuses

- Les infections à chlamydia demeurent élevées avec 974 cas dépistés en 2007. Une mise à jour a été offerte à deux reprises à une soixantaine d'infirmières concernées des CSSS, de Domrémy, du Centre jeunesse et de l'UQTR qui offrent déjà ces services afin de consolider leurs

actions et d'améliorer l'ensemble des interventions en dépistage ainsi que leurs interventions préventives auprès des partenaires et des personnes atteintes.

- Les CSSS ont été mobilisés dans leurs efforts pour rejoindre, dans les milieux de vie, les clientèles à risque, en particulier les clientèles vulnérables socialement.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles[1] 2007-2008	Résultats[2] 2007-2008
1.1.6 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS mission CLSC)	Nouveau	2 217	1 877
1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	442	450	443

COMMENTAIRES

La révision du guide de saisie des données dans I-CLSC a entraîné un ajustement afin de répondre aux nouvelles définitions de clientèles vulnérables. Cette définition serait plus restrictive comparativement à l'année précédente ce qui rend plus difficile l'atteinte de la cible visant un maintien ou une augmentation des activités. Cette modification de saisie des données explique une partie de la non-atteinte de la cible 2007-2008 pour la clientèle dépistée dans les lieux où sont situés les Services intégrés de dépistage (SIDEP). Certains établissements invoquent toutefois la difficulté de remplacer le personnel absent.

Deux CSSS ont tout de même consolidé leur service de dépistage et ainsi augmenté leurs activités. Le maintien des ressources et les efforts de promotion demeurent à poursuivre afin de pouvoir amener les clientèles vulnérables à consulter sur les lieux des CSSS.

Pour les activités de dépistage à l'extérieur des CSSS, trois établissements ont augmenté le service offert. Il est à noter que le service hors les murs du SIDEP ne se conclut pas toujours par un dépistage systématique et que cette clientèle résiste parfois aux interventions de prévention.

- L'implantation du système intégré de récupération et d'élimination sécuritaires des seringues usagées s'est poursuivie. Les responsables de l'implantation dans les CSSS ont commencé à diffuser l'information sur la façon de ramasser et de disposer de façon sécuritaire les seringues usagées, aux organismes susceptibles de retrouver des seringues usagées sur leur terrain comme les écoles, les centres de la petite enfance et les municipalités. L'objectif de l'implantation de ce système est de prévenir les piqûres accidentelles.

  Les seringues usagées peuvent être rapportées aux CSSS et à la pharmacie. Des contenants sécuritaires sont donnés gratuitement dans les CSSS, les pharmacies, les cliniques spécialisées et par certains organismes communautaires comme les travailleurs de rue, aux personnes qui s'injectent des médicaments ou des drogues.

- Dans le but de limiter la transmission du VIH et des hépatites chez les utilisateurs de drogues injectables,

[1] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[2] Résultats en date du 13 mai 2008.

l'Agence coordonne toujours le programme national de distribution et d'échange de matériel d'injection. Environ 60 000 seringues ont été distribuées par des intervenants dans les CSSS et dans certains organismes communautaires.

- Une révision des recommandations régionales pour la prise en charge des personnes exposées au sang et aux autres liquides biologiques a été réalisée ainsi que la diffusion aux intervenants qui offrent ce service, soit le personnel médical et infirmier des urgences et des CSSS.

La vaccination contre l'influenza

- Pour la première fois, l'objectif de couverture vaccinale de 90 % a été atteint chez les résidents en CHSLD. Il s'agit d'une augmentation de 2,5 % sur les résultats de l'an dernier.

- Quant à la vaccination du personnel, il a été décidé de ne plus rechercher une couverture vaccinale par CHSLD. En effet, la fusion des établissements couplée à une mobilité accrue des travailleurs empêchent la détermination d'une couverture vaccinale exacte par installation de CHSLD. Ainsi, les résultats 2007-2008 s'appliquent donc au personnel des CSSS plutôt que ceux des CHSLD. Le taux de vaccination des infirmières est de 43,2 % et celui des autres catégories de travailleurs de 42,7 %. La cible étant de 80 %.

Taux de couverture vaccinale (TCV) Catégorie	Objectifs	2006 2007	2007 2008	Différence
Résidents des CHSLD	90 %	87,8 %	90,3 %	2,5 %
Infirmières des CSSS	80 %	-	43,2 %	-
Tous les autres travailleurs des CSSS	80 %	-	42,7 %	-

Les infections nosocomiales

- L'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales a permis de stabiliser, par rapport à l'an dernier, le taux d'incidence des diarrhées associées au C. difficile. Ce taux a diminué de 38 % entre août et mars comparativement aux mêmes périodes en 2004-2005 où débutait la surveillance. Le suivi des visites d'appréciation de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales permet de constater que la mise en application des recommandations est en voie de se compléter.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Prévention et contrôle – infections nosocomiales**

Objectifs de résultats 2005-2010 Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

INDICATEURS			Résultats 2006-2007	Cibles[3] 2007-2008	Résultats[4] 2007-2008
P4	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Répertoire	Nouveau	100,00	56,76
		Catégorisation	Nouveau	100,00	78,38
		Accord responsable	Nouveau	100,00	10,81
		Accord au c/a	Nouveau	100,00	0,00
		Désignation responsable	Nouveau	100,00	13,51

COMMENTAIRES

Il est important de rappeler que bien que le processus menant à l'application des lignes directrices en hygiène et salubrité ne soit pas complété dans l'ensemble des installations de la Mauricie et du Centre-du-Québec, la désinfection se réalise partout actuellement. Ainsi, l'ensemble des efforts des établissements pour prévenir et contrôler les infections nosocomiales ont permis, entre autres, de diminuer le taux d'incidence régional des diarrhées associées au C. difficile de 29 % entre 2007 et 2008 et de 38 % par rapport à 2004 (la référence pour comparer aux données disponibles en 2004 avant les actions du réseau sur les infections nosocomiales sont les périodes administratives 6 à 13).

En cours d'année 2007-2008, des efforts importants ont été réalisés afin de répertorier l'ensemble des surfaces à désinfecter ainsi qu'à les catégoriser en zones selon l'intensité de désinfection nécessaire. La difficulté se concentre sur les zones dites grises pour lesquelles la responsabilité de nettoyage et de désinfection n'est pas officiellement attribuée. Un guide élaboré par le MSSS a été rendu disponible en février 2008 afin de permettre de faire l'inventaire de ces surfaces. Le temps nécessaire à la finalisation a été insuffisant pour compléter ces deux premières étapes.

La réalisation de la troisième étape du processus ralentit la finalisation de l'application des lignes directrices. Ainsi, certaines surfaces sont facilement attribuables aux différents acteurs concernés par la désinfection, mais d'autres, dont les petits équipements font partie (ex. : un glucomètre), requièrent plus d'efforts afin de responsabiliser les acteurs et de rechercher leur accord. Enfin, les dernières étapes sont plutôt à caractère administratif et, à ce titre, devraient être franchies rapidement par la suite.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, une table régionale des chefs salubristes a été constituée, laquelle a joué un rôle important dans les résultats atteints à ce jour. Une formation sur les lignes directrices en hygiène et salubrité a été donnée à l'automne 2007 à huit personnes afin d'en faire des agents multiplicateurs dans leur milieu.

Le Collège de Shawinigan offrira en 2008-2009 une formation en hygiène et salubrité à Trois-Rivières, constituant alors un deuxième site de formation. De plus, l'Agence supportera une formation visant à développer les compétences des salubristes en poste actuellement dans les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- Afin de mieux outiller le personnel des établissements, des protocoles régionaux visant une mise à niveau et une harmonisation des pratiques ont été rédigés.
- Une surveillance continue de l'incidence du C. difficile est exercée et la mise en place des mesures de contrôle lors d'éclosions est assurée en appui aux établissements.
- Un financement spécifique récurrent a été accordé aux établissements et a permis d'assurer le ratio prévu d'infirmières en prévention et contrôle des infections.

[3] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[4] Résultats en date du 13 mai 2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Prévention et contrôle – infections nosocomiales**

Objectifs de résultats 2005-2010 Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

INDICATEURS		Résultats 2006-2007	Cibles[5] 2007-2008	Résultats[6] 2007-2008
P1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHU SGS	Nouveau	100,00	100,00
P1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHSLD	Nouveau	100,00	100,00
P2	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Nouveau	100,00	40,00
P3	Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Nouveau	100,00	20,00

COMMENTAIRES

L'Agence et les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont consacré des efforts importants et nécessaires afin de combler les équivalents temps complet pour les infirmières au programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales et ainsi répondre aux ratios exigés. Les résultats 2007-2008 indiquant l'atteinte des ratios recommandés pour tous les établissements montrent bien l'importance accordée par tous.

Par ailleurs, la mesure du caractère fonctionnel d'un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales est basée sur le fait d'avoir tenu six rencontres et plus durant l'année. Deux établissements sur cinq répondent à ce critère. Deux autres disent avoir tenu entre trois et cinq rencontres. Il est à noter que ce rythme est plus difficile à maintenir pour les établissements de plus petite taille puisque ayant un nombre restreint de professionnels. Tous les établissements ont toutefois constitué leur comité et, outre le critère de tenir six rencontres ou plus dans l'année, ces comités nous apparaissent fonctionnels.

Enfin, bien qu'un établissement ait déclaré avoir un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales adopté par son conseil d'administration, deux autres établissements ont rédigé leur programme, lequel a été adopté par leur comité de prévention et de contrôle des infections et est en attente d'adoption par leur conseil d'administration. Enfin, deux établissements sont à finaliser la rédaction de leur programme. Les cinq établissements visés par cette cible 2007-2008 s'avèrent ainsi à quelques semaines de l'atteinte du résultat attendu.

Un rectificatif sur la compréhension de cette mesure en lien avec la définition du Cadre de référence a dû être apporté aux établissements par l'intermédiaire de la Table régionale pour la prévention des infections nosocomiales en décembre 2007. Le délai s'est avéré alors trop court pour réaliser l'ensemble de cette cible 2007-2008.

[5] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[6] Résultats en date du 13 mai 2008.

- Sur le site Internet de l'Agence, une section relative au C. difficile est régulièrement mise à jour afin d'informer autant les professionnels que la population sur la situation régionale et fournir des renseignements sur le sujet.

- L'Agence s'est dotée d'une stratégie d'interventions immobilières par laquelle des investissements seront consentis pour soutenir le plan d'action de chacun des établissements.

- Afin d'éliminer ou d'atténuer les contraintes physiques limitant la mise en place de mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, l'Agence s'est dotée d'un portrait global des lacunes immobilières des hôpitaux de la région. À terme, la région disposera d'une stratégie d'interventions immobilières cohérente visant à soutenir les efforts de prévention et de contrôle.

La santé au travail

La Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) confie au réseau de la santé, par l'entremise du directeur de santé publique, le mandat de la santé au travail. Annuellement, elle détermine les priorités pour lesquelles des interventions doivent être réalisées. Les secteurs ciblés représentaient près de 45 000 travailleurs provenant de 2 718 entreprises.

- Dans le cadre des programmes de santé élaborés sur mesure pour chacune des entreprises ciblées, les trois CSSS gestionnaires de la santé au travail (de l'Énergie, de Trois-Rivières et Drummond) ont rendu des services dans 396 des 411 entreprises ciblées, soit une atteinte de 96 %.

- Pour ce qui est du programme *Pour une maternité sans danger,* toutes les demandes de consultation ont été traitées, soit 2 456.

- Quant aux demandes de services ponctuels en provenance de la CSST et des milieux de travail, 76 des 82 demandes reçues (93 %) ont été traitées.

- Une démarche d'amélioration continue des services rendus aux travailleurs et aux entreprises a été initiée par les équipes de santé au travail de l'Agence et des CSSS afin d'assurer une qualité identique à travers toute la région.

LA SURVEILLANCE - ÉVALUATION

- Dans le cadre de plusieurs projets, des portraits de l'état de santé ont été réalisés ainsi que des analyses sur les habitudes de vie portant sur différents thèmes : la santé mentale, les services préventifs propres aux femmes et l'hystérectomie, la sécurité alimentaire et la pauvreté.

- Des analyses touchant la démographie, la fécondité, les naissances, la mortalité et l'espérance de vie ont également été produites.

- Des travaux sur le développement des communautés et sur la troisième phase du portrait des inégalités de santé et de bien-être des communautés de la région ont également été menés.

- Le projet pilote d'équipes de quartier *Ensemble pour les enfants* qui regroupe une équipe d'intervenants provenant du Centre jeunesse et du CSSS de l'Énergie travaillant directement dans un quartier défavorisé de Shawinigan, et qui vise l'intégration des services dispensés à des familles en difficulté, a fait l'objet d'une évaluation.

  Après un an de mise en œuvre, le projet a démontré qu'il permet d'améliorer l'intensité des services, la coordination et la collaboration des intervenants multisectoriels ainsi que la stabilité du lien intervenant-client. Le taux de signalement au directeur de la protection de la jeunesse a diminué de 35 % dans les quartiers visés.

La santé environnementale

Les matières dangereuses

- Un large travail de recherche, de rédaction et de consultation des partenaires a été mené durant l'année pour la préparation du rapport du directeur de santé publique 2008 portant sur les risques à la santé liés aux matières dangereuses.

Les cyanobactéries

- À l'été 2007, une douzaine de mises en garde à la population ont été émises à la suite de signalements de la présence de fleurs d'eau d'algues bleu-vert dans des plans d'eau de la région. Également, au cours de la dernière année, une quinzaine de présentations à ce sujet ont été faites lors de séances d'information, forums et colloques régionaux.

Les changements climatiques et la chaleur accablante

- Les CSSS ont été sensibilisés à l'implantation de mesures efficaces pour contrer les effets de la chaleur accablante auprès des clientèles vulnérables des CHSLD et des services de soutien à domicile.

L'avis du directeur de santé publique

- La Direction de santé publique a aussi rédigé des avis de santé publique lors d'études d'impacts et de consultations publiques. Mentionnons notamment un avis au sujet des impacts potentiels sur la santé physique, psychologique et sociale des odeurs provenant des activités de Compostage Mauricie inc. à Saint-Luc-de-Vincennes.

  Un mémoire a été déposé au Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE), conjointement avec les directeurs de santé publique de trois autres régions concernant les impacts à la santé publique du projet de construction du Pipeline Saint-Laurent, entre Lévis et Montréal-Est.

LA COMMUNICATION À LA POPULATION

En plus des activités de communication réalisées dans le cadre des différents volets du Programme de santé publique présentés plus haut, particulièrement celles reliées aux saines habitudes de vie et à la prévention des infections, plusieurs activités de communication ont entouré la préparation de la publication du rapport du directeur de santé publique intitulé *Matières dangereuses : Savoir quoi faire.*

De plus, les professionnels de santé publique ont participé à la diffusion de chroniques hebdomadaires de santé publique à la station de radio 106,9 depuis l'automne 2007.

LE PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

CHAPITRE 9

LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

Voir la fiche de reddition de comptes à la page suivante.

LE SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ

Le service régional Info-Santé, centralisé depuis mars 2005 au CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska, assure une réponse téléphonique à l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En plus de réduire les délais d'attente, cette centralisation a permis d'optimiser la qualité de la réponse.

Voir la fiche de reddition de comptes à la page 69.

Le service Info-Santé comptait, au 31 mars 2008, 54,9 infirmières équivalents temps complet dotées d'une expertise de pointe.

En juin 2007, une conseillère en soins infirmiers et un infirmier clinicien se sont ajoutés aux effectifs, et à l'automne 2007, un poste temps complet et un poste temps partiel ont été ajoutés pour la réponse téléphonique de soir.

En 2007-2008, le service régional Info-Santé a augmenté son taux de réponse à 85 % en réduisant d'autant ses appels perdus à 15 %, ce qui satisfait pour la première fois à la cible ministérielle.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services infirmiers et psychosociaux généraux**

Objectifs de résultats 2005-2010 — Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles[7] 2007-2008	Résultats[8] 2007-2008
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4 995	4 973	4 954
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,6	4,0	3,6

COMMENTAIRES

Les services psychosociaux tels que mesurés regroupent les interventions individuelles reliées à l'Accueil-Évaluation-Orientation, l'Info-Social, les situations de crise ou situationnelles et les rencontres psychosociales nécessaires aux interruptions volontaires de grossesse. Plusieurs modifications dans l'organisation des services influencent la diminution de clientèle et d'intensité.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, deux trajectoires de services ont été implantées dans au moins deux programmes importants soit Santé mentale des jeunes et des adultes ainsi que Jeunes en difficulté et leur famille. Dans ces deux trajectoires, un guichet d'accès a été mis en place, lequel permet, dès l'évaluation de la demande de services, d'accueillir directement les personnes requérant ces services. Ainsi, ces usagers ne transitent plus par les services psychosociaux avant d'être suivis par les équipes dédiées à la Santé mentale ou aux Jeunes en difficulté, contribuant à expliquer la diminution observée en 2007-2008.

Par ailleurs, afin de diminuer l'attente aux services psychosociaux, un CSSS offre systématiquement des interventions de groupe à sa clientèle. Ce type d'intervention visant à constituer des groupes spécifiques pour un nombre de rencontres préétabli (pouvant aller jusqu'à dix) n'est pas considéré dans le calcul des résultats. D'autres CSSS mentionnent aussi plusieurs interventions de groupe aux services psychosociaux.

Toujours dans le but d'améliorer la rapidité d'accès aux services spécifiques, les activités d'Accueil-Évaluation-Orientation ont été modifiées dans certains CSSS afin que l'évaluation soit approfondie lors de la demande de services et permette de supporter l'élaboration du plan d'intervention et de référer la personne plus rapidement aux services spécifiques qu'elle requiert. Cette modification contribue à la diminution de l'intensité puisqu'elle fait partie de la demande de services et qu'elle ne peut être comptabilisée comme une intervention.

Plusieurs autres facteurs contribuent à expliquer la diminution de l'intensité dont le type même de suivi (deux rencontres psychosociales dans le cadre d'interruption volontaire de grossesse) ou la pratique axée sur une intervention dite systémique intensive court terme.

[7] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[8] Résultats en date du 13 mai 2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	Santé physique – ligne Info-Santé
Objectifs de résultats	Mise en service du 811.

INDICATEURS	Point de départ [9] 2006-2007	Cibles [10] 2007-2008	Résultats 2007-2008
Pourcentage d'appels répondus dans un délai de quatre minutes	79 %	90 %	79 %

COMMENTAIRES

En août 2007, l'Agence a convenu avec le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska d'ajouter les ressources nécessaires de soir permettant à la centrale Info-Santé de bénéficier de seize infirmières dédiées à la réponse téléphonique au lieu de quinze. Malgré cet ajout et un moindre volume d'appels que l'année précédente, le résultat pour l'année 2007-2008 est le même que celui enregistré en 2006-2007. Cependant, il s'avère important de souligner que la centrale Info-Santé en Mauricie et au Centre-du-Québec est actuellement l'une des plus performantes au Québec. En effet, le taux provincial des appels répondus en moins de quatre minutes est de 55 % alors le taux enregistré est de 79 %.

Étant donné les difficultés de remplacement connues, en moyenne quinze infirmières étaient en place annulant en partie l'effet escompté par l'ajout de ressources. Par ailleurs, la performance du service a été affectée par des problèmes associés à la virtualisation des appels, laquelle profite à la Mauricie et au Centre-du-Québec, particulièrement le soir. Enfin, le développement nécessaire des compétences pour les nouvelles infirmières dédiées à la réponse téléphonique constitue un autre élément d'analyse dans l'évaluation de la performance enregistrée.

Des améliorations sont notables par rapport aux années antérieures. Le délai moyen d'attente avant de parler à une infirmière (deux minutes) ainsi que la perte d'appels (15 %) ont diminué de façon significative et correspondent maintenant aux attentes ministérielles.

Au total, 78 % des appelants ont eu accès à une infirmière en moins de quatre minutes. De plus, le délai moyen d'attente avant d'avoir accès à une infirmière s'est nettement amélioré, passant de 3,1 minutes à 2,1 minutes. Enfin, la durée moyenne de conversation avec une infirmière est de huit minutes, ce qui correspond au seuil minimal fixé par le MSSS.

Le répertoire des ressources en mode Web a été déployé en novembre 2007.

Objectifs de résultats	Mauricie et Centre-du-Québec 2007-2008	2006-2007	Cibles	Ensemble du Québec 2005-2006
Augmenter l'offre d'appels (appels reçus)	209 701*	235 432	S. O.	S. O.
Augmenter le nombre d'appels répondus	178 404	186 432	S. O.	S. O.
Réduire la perte d'appels à 15 %	15 %	21 %	15 %	27 %
Garantir un accès au service dans un délai de moins de quatre minutes	78 %	75 %	90 %	73 %
Réduire le délai moyen d'attente	2,1 min.	3,1 min.	4 min. et moins	3,2 min.
Durée moyenne d'intervention	8 min.	8,4 min.	Entre 8 et 12 min.	10,25 min.

** Après avoir subi une hausse du volume d'appels en 2006-2007 due au déploiement du numéro unique 811 et à une campagne massive de publicité.*

[9] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

[10] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

LE SERVICE RÉGIONAL INFO-SOCIAL

Le service régional Info-Social offre un service de réponse téléphonique aux personnes ayant des besoins de nature psychosociale le soir et la nuit de 20 h à 8 h, et une réponse 24 heures sur 24 les fins de semaine et les jours fériés.

Au 31 mars 2008, on compte 4,04 intervenants sociaux équivalents temps complet dédiés à la réponse téléphonique.

Au total, dix intervenants psychosociaux sont disponibles dans les CSSS de la région pour se rendre au domicile des personnes en situation de crise. Ce service est un prolongement des services sociaux courants offerts par les huit CSSS en dehors des heures d'ouverture.

En 2007-2008, le service Info-Social a reçu 10 010 appels de la population et 3 % de ces appels ont nécessité 287 interventions à domicile. L'augmentation constante du nombre d'appels et du nombre d'interventions à domicile démontre que ce service répond à un besoin réel de la population lorsque des situations de crise surviennent.

Année	Nombre d'appels*	Nombre d'appels à un intervenant terrain	Nombre de sorties terrains
2007-2008	10 010	326	287
2006-2007	8 173	311	270

** La même personne peut être comptabilisée plus d'une fois.*

LA VIOLENCE CONJUGALE

Mars 2008 marque la fin de la première année du Plan d'action régional 2007-2009 en matière de violence conjugale.

- Quatre CSSS ont déposé le bilan des activités réalisées en lien avec le plan d'action régional en matière de violence conjugale.

- Tous les CSSS ont au moins une intervenante désignée en matière de violence conjugale qui couvre l'ensemble des programmes-services. Ces intervenantes désignées exercent un rôle de soutien à l'identification précoce de la violence conjugale et à l'intervention auprès des femmes victimes.

- Cinquante intervenants de différents secteurs des CSSS (santé mentale, enfance-jeunesse, déficience intellectuelle, santé physique et soins infirmiers, etc.) ont participé à une formation sur le dépistage et l'identification précoce de la violence conjugale. Cette formation s'inscrit dans le plan d'action régional qui vise l'harmonisation des pratiques des différents secteurs en matière d'intervention auprès des victimes de violence conjugale, des enfants exposés et des conjoints ayant des comportements violents.

- Dans le cadre des orientations du MSSS pour contrer la violence conjugale faite aux femmes, un financement additionnel a été octroyé aux maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants ainsi qu'aux centres de femmes. Un montant de 483 765 $, annualisé à 815 115 $, a ainsi été alloué pour la région.

LES AGRESSIONS SEXUELLES

- Les cinq centres désignés afin d'assurer les services médicosociaux aux victimes d'agression sexuelle ont révisé leurs procédures, assurant ainsi une prise en charge rapide des victimes d'agression sexuelle par un intervenant psychosocial, soit à l'intérieur d'un délai maximal d'une heure. Un seul des centres désignés est à finaliser la révision.

- Une entente régionale sur l'intoxication involontaire et les agressions sexuelles a été convenue entre l'Agence, les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), la Sûreté du Québec et la Sécurité publique de Trois-Rivières.

  Les partenaires se sont dotés d'un outil commun et d'une procédure particulière pour recueillir des données sur les situations d'intoxication involontaire. Cette entente vise à dresser un portrait régional plus réaliste des événements liés à l'intoxication involontaire et à développer des actions de prévention et d'intervention mieux ciblées.

- Enfin, dans le cadre des orientations du MSSS pour contrer la violence faite aux femmes et venir en aide aux victimes, un financement supplémentaire de 34 751 $, annualisé à 59 574 $, a été alloué pour consolider les CALACS de la région.

LE PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

CHAPITRE 10

LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL SUR LE VIEILLISSEMENT 2005-2010

- Le conseil d'administration de l'Agence a procédé à l'adoption en mai 2007 de deux documents majeurs à l'égard des services aux personnes en perte d'autonomie :
  - Le *Cadre de référence intégré centre de jour, hébergement temporaire, service ambulatoire gériatrique (SAG), unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et unité de courte durée gériatrique (UCDG) ;*
  - Le complément au document *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées en Mauricie et au Centre-du-Québec* qui précise des stratégies régionales et locales en fonction des travaux d'analyse réalisés sur ces services.
- L'ensemble des CSSS ont déposé et présenté à l'Agence leur planification de mise en œuvre dans leur territoire des orientations prévues au document *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées en Mauricie et au Centre-du-Québec* et des orientations complémentaires adoptées en mai 2007.
- À ce jour, 3 880 000 $ ont été octroyés pour atteindre 84,3 % du rehaussement prévu de 4 600 000 $ dans le plan d'action 2005-2010 pour la consolidation du soutien à domicile et du soutien aux proches aidants.

LE RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES AUX AÎNÉS

- À la demande du MSSS, un répondant régional et des répondants locaux ont été identifiés à l'automne 2007 pour soutenir les changements organisationnels et cliniques entourant l'implantation de l'application informatique du Réseau de services intégrés aux aînés.

- À l'hiver 2008, la grille *Outil de suivi de l'implantation du réseau de services intégrés aux personnes âgées* a été complétée par l'ensemble des CSSS. Cet outil à portée formative se veut une mesure continue du degré d'implantation des composantes du réseau de services intégrés aux aînés. Les résultats de la compilation de cette grille pour la région sont positifs. Ils témoignent d'un niveau d'implantation plus avancé que la moyenne nationale.

- Plus de 149 intervenants ont participé à des activités de formation de base ou de mise à niveau sur l'outil d'évaluation multiclientèle, pour un total de plus 1 580 participants depuis 2003.

LES PROJETS PILOTES DE SOINS POSTHOSPITALIERS

- Depuis novembre 2007, trente places de soins posthospitaliers ont été créées dans quatre CSSS. Elles ont permis de faire de la convalescence, de la réadaptation et de la rééducation pour des personnes hospitalisées pour qui les soins actifs sont terminés et qui ne peuvent pas, pour différents motifs, retourner à domicile.

  Jusqu'au 31 mars 2008, 85 personnes ont bénéficié de ce service et 44 % d'entre elles ont pu réintégrer leur domicile après une durée moyenne de séjour de 35,6 jours. Le coût de la mise en place des projets pilotes pour 2007-2008 a nécessité un investissement de 615 450 $ dans notre région.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Maintien dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**
Objectifs de résultats	Récurrence des places de soins posthospitaliers pour les personnes âgées.

INDICATEURS	**Point de départ [11] 2006-2007**	**Cibles [12] 2007-2008**	**Résultats 2007-2008**
Nombre de projets	1	4	4
Nombre de places d'hébergement	15	30	30

COMMENTAIRES

Trois projets de cinq places de soins posthospitaliers ont été développés progressivement par les CSSS de l'Énergie, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable depuis décembre 2007. Ces quinze places se sont ajoutées à celles déjà créées au CSSS de Trois-Rivières.

Le taux d'occupation moyen de ces places se situe à 86 % au 31 mars 2008. Depuis leur démarrage, ces projets ont permis d'accueillir 85 personnes en provenance des centres hospitaliers. Après leur séjour d'une durée moyenne de 35 jours, les usagers ont quitté pour être dirigés vers :

- Domicile : 44 %
- Ressources non institutionnelles : 21 %
- Centres d'hébergement de soins de longue durée : 12 %
- Centres hospitaliers de soins généraux : 7 %
- Autres destinations : 16 %

[11] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

[12] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE

- L'Agence a fixé aux CSSS et au Centre de réadaptation InterVal une cible de prise en charge dans un délai de 72 heures dans 80 % des situations des personnes âgées en perte d'autonomie hospitalisées, admises en UCDG ou en URFI dont l'épisode de soins actifs est terminé et l'évaluation est complétée.

LE SOUTIEN À DOMICILE

- 12 462 personnes âgées en perte d'autonomie ont reçu des services à domicile dispensés par les CSSS, ce qui représente 15,3 % de la population totale des 65 ans et plus. Ce résultat est légèrement en deçà de 16 % fixé pour 2010.

- En moyenne, ces personnes reçoivent 23,5 interventions par année à domicile par les CSSS. S'ajoutant aux interventions des CSSS, un volume important d'aide à domicile offerte par les entreprises d'économie sociale et d'aide domestique ou par des personnes recrutées par l'usager ou ses proches (chèque emploi-service ou services de gré à gré). En considérant ces autres fournisseurs de services, une personne en perte d'autonomie a reçu une moyenne de 28,1 interventions à domicile en 2007-2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [13] 2007-2008	Résultats [14] 2007-2008
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	11 760	12 650	12 462
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	22,7	22,4	23,5

COMMENTAIRES

Bien que l'on observe une augmentation de 6 % d'usagers desservis (702 personnes de plus) en soutien à domicile par le personnel des CSSS, le résultat attendu n'a pas été atteint. Ainsi, 15,3 % de la population visée sont maintenant rejoints. Six CSSS sur huit ont atteint les résultats attendus au niveau du nombre d'usagers à rejoindre. Des activités de dépistage de la clientèle à risque de perte d'autonomie ont été mises en place et les CSSS sont présents au niveau des résidences pour personnes âgées. Un CSSS est en révision importante de son offre de services afin d'améliorer ces résultats pour ces deux indicateurs.

La cible 2007-2008 sur le nombre moyen d'interventions réalisées par le personnel des CSSS au domicile des personnes en perte d'autonomie a légèrement augmenté pour se situer tout près de la cible 2010 établie à 24. Ces résultats ne tiennent pas compte des services d'aide à domicile offerts par les entreprises d'économie sociale et aide domestique, ni par l'intermédiaire des chèques emploi-service. Une estimation régionale de l'ensemble de ces fournisseurs porte à 28 le nombre moyen d'interventions à domicile que reçoit une personne en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Bien que l'attente soit quasi inexistante pour des soins infirmiers en CSSS, elle se situe davantage au niveau des services d'ergothérapie ou de physiothérapie étant donné la pénurie de main-d'œuvre dans ces disciplines. Conséquemment, le recrutement ou le remplacement des ressources s'avèrent difficiles afin de mieux répondre à la demande croissante. Une attente au niveau des services psychosociaux est aussi observée pour deux CSSS.

[13] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[14] Résultats en date du 13 mai 2008.

- Les services de soutien à domicile ont permis à 608 proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie inscrits aux services de soutien à domicile de s'accorder des moments de répit d'une durée moyenne de trois heures par semaine.

- L'Agence a rehaussé de 192 300 $ l'enveloppe d'allocations directes versées par les CSSS pour du répit aux proches aidants qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie importante. Les sommes déboursées au 31 mars 2008 représentent 657 684 $, soit un montant moyen de 1 081 $ par usager.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Maintien dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**

Objectifs de résultats : Soutenir les proches aidants.

INDICATEURS	Point de départ [15] 2006-2007	Cibles [16] 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de projets	0	0	0
Nombre de personnes desservies **estimées**	546	661	608
Nombre d'heures de répit offertes **estimées**	85 328	117 379	109 614

COMMENTAIRES

Les résultats présentés sont issus d'une collecte de données réalisée par l'Agence auprès des CSSS dans le cadre de la reddition de comptes des ententes de gestion 2007-2008. Les heures de répit offertes sont estimées à partir des montants versés aux proches aidants (dépenses réelles) pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement et déclarées par les établissements. Conformément à l'estimation du point de départ 2006-2007, ces montants versés sont divisés par 6 $ de l'heure (compensation horaire moyenne) pour tous les établissements pour donner une estimation du nombre d'heures. Bien qu'imparfaite, cette méthode d'estimation est conforme à celle utilisée pour fixer les cibles 2007-2008.

Le nombre de proches aidants ayant reçu de l'allocation directe pour du répit a augmenté de 56 depuis 2006-2007 pour 28 % plus d'heures de répit. Les efforts demeurent afin d'accentuer le soutien aux proches aidants par l'allocation directe, entre autres, pour la clientèle atteinte de déficit cognitif. De façon générale, 95 % des investissements ont été utilisés et versés en soutien aux proches aidants alors que 93 % des heures estimées attendues ont été rendues.

LE RECOURS À L'HÉBERGEMENT

Afin de répondre aux besoins des personnes qui ne peuvent plus résider à leur domicile, l'Agence s'assure de l'utilisation optimale des places en hébergement en fonction des besoins, en exerçant un rôle de soutien et de vigie aux mécanismes d'accès des CSSS.

- Au cours de la dernière année, notre région a reçu 1 582 demandes d'hébergement. Ce nombre représente une baisse de 3 % (47), et ce, malgré l'augmentation graduelle du nombre de personnes âgées.

Cette donnée associée aux mesures de soutien à domicile témoigne de l'appui au maintien dans la communauté des personnes en perte d'autonomie.

- Le nombre de places en RI est passé de 652 à 708 durant l'année. Cette augmentation de 56 places reflète la transformation en cours amenée dans le cadre du plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées de la région. Elle vise l'harmonisation et la diversification des ressources adaptées aux besoins des personnes dans la communauté.
- Malgré ces ajouts de places en RI, nous constatons des

[15] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

[16] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

délais d'attente moyens de 55 jours pour une place en RI et de 25,7 jours pour une place en CHSLD. La durée moyenne d'attente pour l'ensemble des ressources pour l'année se situe à 33 jours.

- Le financement brut consenti par l'Agence pour chaque place d'hébergement de longue durée a augmenté de 8 %, passant à 60 688 $. Il a permis tout particulièrement de soutenir les équipes en CHSLD par l'ajout d'infirmières cliniciennes. Au 31 mars 2008, le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance était de 3,01 et dépassait la cible 2010 fixée à 3.

Le résultat portant sur le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels au 31 mars a atteint 0,24 alors que la cible 2010 est à 0,23.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**

Objectifs de résultats 2005-2010

Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [17] 2007-2008	Résultats [18] 2007-2008
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2,98	2,97	3,01
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,24	0,23	0,24

COMMENTAIRES

Les résultats atteints en 2007-2008 dépassent actuellement les cibles 2010 fixées par le MSSS dans le cadre de la planification stratégique.

Un seul CSSS a éprouvé des difficultés en 2007-2008 où la réorganisation majeure du travail visant à améliorer l'offre de services n'a pu se concrétiser que vers la fin de l'année seulement n'influençant donc pas suffisamment leur résultat en soins infirmiers.

LA CERTIFICATION DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES

L'Agence est responsable sur son territoire de délivrer les certificats de conformité aux résidences pour personnes âgées. Cette certification obligatoire vise à assurer aux personnes qui y résident des services sécuritaires et de qualité dans un milieu de vie convenable. C'est le Conseil québécois d'agrément qui procède aux vérifications des 24 critères et qui adresse ses recommandations à l'Agence.

Les sessions d'information et de formation organisées par l'Agence ont attiré :

- 205 exploitants sur un total de 245 ;
- 200 intervenants de CSSS ;
- L'ensemble de préfets et des maires du Centre-du-Québec et de la Mauricie ;
- Le Curateur public ;
- Les institutions d'enseignement et associations professionnelles.

Au 31 mars 2008, l'Agence a délivré six certificats et a reçu cinquante demandes.

[17] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[18] Résultats en date du 13 mai 2008.

LES PROJETS NOVATEURS EN HÉBERGEMENT

- Deux projets novateurs en hébergement basés sur des ententes de partenariat public, communautaire ou privé permettent d'expérimenter des alternatives à l'hébergement institutionnel. Le suivi de leur implantation au 31 mars 2008 nous démontre que malgré des incapacités importantes, des résidents peuvent demeurer dans un hébergement à loyer modique (HLM) ou habiter en résidence pour personnes âgées en bénéficiant de services adaptés à leurs besoins jusqu'en fin de vie.

- Un troisième projet novateur est en élaboration et vise à offrir une ressource dans la communauté pour des personnes plus jeunes, présentant des incapacités sévères suite à un traumatisme craniocérébral qui sont actuellement ou qui pourraient éventuellement être hébergées en CHSLD.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Maintien dans la communauté – toutes clientèles**

Objectifs de résultats : Consolider et développer le soutien communautaire en logement social.

INDICATEURS		Point de départ [19] 2006-2007	Cibles [20] 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre total d'unités d'habitation desservies				
Nombre d'unités en :	PALV	S. 0.	2 263	2 263
	DI-TED	S. 0.	S. 0.	S. 0.
	Déficience physique	S. 0.	57	57
	Santé mentale	S. 0.	S. 0.	S. 0.
	Itinérance	S. 0.	S. 0.	S. 0.
	Dépendance	S. 0.	S. 0.	S. 0.

COMMENTAIRES

L'Agence a investi une somme de 325 000 $ récurrente pour la réalisation de projet (PALV) de soutien communautaire au logement social inscrit dans le cadre des activités de gestion. De plus, elle a majoré de 60 000 $ les projets en îlots résidentiels pour les personnes ayant une déficience physique.

Dans le cadre de cette activité, l'unité de mesure est le nombre de clients desservis sur une base annuelle (non d'une façon journalière).

[19] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

[20] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Maintien dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**
Objectifs de résultats	Développer des places d'hébergement non institutionnelles du type « projet novateur ».

INDICATEURS	**Point de départ [21] 2006-2007**	**Cibles [22] 2007-2008**	**Résultats 2007-2008**
Nombre de projets	0	0	0
Nombre de places d'hébergement	453	540	487

COMMENTAIRES

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se distingue par la diversification de son offre de services en hébergement. Ceci se traduit par un faible taux d'hébergement institutionnel et un nombre proportionnellement élevé de places en ressources intermédiaires.

Le plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées de la région vise à harmoniser la diversification et la transformation de l'hébergement afin d'augmenter l'accueil en ressource intermédiaire (RI). Tous les CSSS ont déposé leur plan d'action lié au vieillissement 2005-2010 et se conforment généralement aux orientations régionales.

En 2007-2008, l'Agence a provisionné les sommes requises afin que chaque territoire dispose d'une capacité équivalente d'accueil en hébergement. Bien que n'ayant pas encore atteint le niveau attendu, les trois territoires de CSSS concernés ont consacré les efforts nécessaires à l'augmentation de places en RI. Ces investissements ont permis, entre autres, de stabiliser 27 places en RI au CSSS de Trois-Rivières en régularisant son financement sur une base permanente plutôt que temporaire en 2006-2007. Il est à noter que ces 27 places étaient incluses dans le point de départ identifié sur cette fiche. Par ailleurs, l'augmentation des places en RI pour d'autres établissements passe par la transformation de celles en hébergement institutionnel en places RI. Ce processus requiert un temps nécessaire et suffisant afin de diminuer les impacts négatifs. Ainsi, des développements sont encore à prévoir dans ce type de ressource en 2008-2009.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, le nombre de places en RI est passé de 652 au 31 mars 2007 à 708 au 31 mars 2008. Les résultats 2007-2008 témoignent de l'évaluation progressive des places en RI. Une augmentation plus significative se fera en parallèle à la transformation des places en CHSLD planifiée en 2008 et 2009 dans plusieurs CSSS.

[21] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

[22] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

LE PROGRAMME
DÉFICIENCE PHYSIQUE

CHAPITRE 11

LE SOUTIEN À LA PERSONNE, AUX PROCHES ET À LA FAMILLE PAR LES CSSS

La disponibilité des services spécifiques de soutien à domicile de première ligne, offerts par les CSSS, permet de maintenir les personnes dans leur milieu de vie et de soutenir leur famille. Les objectifs signifiés portent ainsi sur le nombre de personnes rejointes et l'intensité des services de soutien.

- En déficience physique, le nombre de personnes ayant reçu des services à domicile dispensés par les CSSS a crû de 16 % en 2007-2008. Le nombre de personnes desservies est supérieur à la cible établie par le MSSS pour 2010.

- En moyenne, 18 interventions par année sont données à ces personnes à leur domicile par le personnel des CSSS. En ajoutant la contribution des autres modes de prestation des services (entreprises d'économie sociale et d'aide domestique, chèque emploi-service ou services de gré à gré), la moyenne régionale est de 69 interventions à domicile par personne en 2007-2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Soutien à domicile – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles[23] 2007-2008	Résultats[24] 2007-2008
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	3 180	3 324	3 710
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	18,6	18,5	17,8

COMMENTAIRES

L'année 2007-2008 indique une augmentation importante des personnes ayant une déficience physique rejointes à domicile par le personnel des CSSS. La cible 2010 est atteinte.

Cette augmentation de 530 personnes comparativement au résultat 2006-2007 peut influencer le niveau d'intensité enregistré, lequel devient plus difficile à atteindre étant donné l'entrée importante d'usagers. Il est important de souligner que ces résultats ne tiennent pas compte des services d'aide à domicile offerts par les entreprises d'économie sociale et aide domestique, ni par l'intermédiaire du chèque emploi-service ou des services de gré à gré. Ces modes de prestation de services à domicile sont particulièrement utilisés par cette clientèle. Ainsi, une estimation régionale de l'ensemble de ces fournisseurs porte à 70 le nombre moyen d'interventions à domicile que reçoit une personne ayant une déficience physique en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Enfin, en plus d'offrir des services à domicile pour cette clientèle, les personnes peuvent aussi se déplacer pour obtenir des services directement au CSSS. Ces déplacements font souvent partie des activités visant l'intégration sociale. En 2007-2008, indépendamment du lieu d'intervention, 4 025 personnes avec une déficience physique ont donc reçu des services spécifiques des CSSS pour une déficience physique.

- En ce qui a trait au soutien à la famille en déficience physique, une allocation directe de répit a été allouée à 829 familles. La cible 2010 établie par le MSSS est de 642 familles.

Note : La mesure décrite à la fiche au haut de la page suivante couvre également les programmes *Perte d'autonomie liée au vieillissement* et *Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.*

- En 2007-2008, l'Agence a alloué aux CSSS de la région des crédits additionnels totalisant 400 000 $, sur une base annuelle, afin de réduire le nombre de personnes en attente au programme Maintien à domicile des personnes handicapées. L'afflux constant de nouvelles demandes d'inscription ainsi que la croissance des besoins des usagers déjà inscrits expliquent la persistance de liste d'attente dans cinq territoires. Trois CSSS n'ont pas de liste d'attente.

- L'Agence a rehaussé de 150 000 $ l'enveloppe des CSSS destinée au soutien à la famille, dans le but de porter à 900 $ le montant moyen versé par famille dans la région. Le montant moyen versé par famille est passé à 689 $. Notre région a fait le choix de n'avoir aucune liste d'attente et de répartir la totalité du budget entre toutes les différentes familles, dont le nombre augmente également d'année en année.

[23] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[24] Résultats en date du 13 mai 2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services de première ligne – personnes handicapées**
Objectifs de résultats	Augmenter le taux horaire pour l'allocation directe.

INDICATEURS	Point de départ [25] 2006-2007	Cibles [26] 2007-2008	Résultats 2007-2008
Taux horaire	9 $	10 $	10 $

COMMENTAIRES

Les personnes qui reçoivent des mesures de soutien à domicile en raison de leur perte d'autonomie ou de leur handicap peuvent avoir recours à une modalité financière pour embaucher une personne qui leur procure des services d'accompagnement, de soutien et d'assistance. Ainsi, après que le CSSS ait évalué les besoins de la personne, il détermine le nombre d'heures d'assistance qui sera accordé à l'usager. Ce dernier embauche alors de gré à gré une personne. La Société Desjardins s'occupe de verser le salaire et de prélever les déductions à la source, de façon automatique, libérant ainsi l'usager de ces tâches administratives.

L'augmentation à 10 $ du taux horaire de ces travailleurs vise à faciliter leur recrutement et améliorer leur rétention et conséquemment d'en stabiliser le taux de roulement à la satisfaction des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées. En Mauricie et au Centre-du-Québec, ce taux horaire a été augmenté en avril 2007.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Soutien à domicile – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS	Point de départ [27] 2006-2007	Cibles [28] 2007-2008	Résultats 2007-2008
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	782	718	829

COMMENTAIRES

En Mauricie et au Centre-du-Québec, aucune famille n'est en attente de services de soutien par le mode d'allocation directe (répit, dépannage, surveillance ou gardiennage). Les résultats pour l'année 2007-2008 indiquent une augmentation des familles rejointes par ce type de soutien, situant celui-ci largement au-dessus de la cible 2010 (642 familles).

Les efforts sont à poursuivre afin d'augmenter les montants moyens versés à chaque famille. Il faut toutefois noter que le nombre d'heures moyen de services alloué pour des mesures de soutien aux familles a augmenté pour passer de 151 à 162 heures.

[25] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
[26] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
[27] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[28] Résultats en date du 13 mai 2008.

LES SERVICES SPÉCIALISÉS D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION

Des services spécialisés de réadaptation en déficience motrice, auditive, visuelle, de la parole et du langage sont offerts dans la région. Les objectifs signifiés portent sur la pénétration des services et la réduction des listes d'attente.

Évolution de l'accessibilité et de la disponibilité des services spécialisés en adaptation et réadaptation physique :

- En tenant compte de la correction de données présentée par le Centre de réadaptation InterVal à la fin de l'année 2006-2007, qui ramène à 3 474 le nombre d'usagers desservis au cours de cette période, on constate que le volume de clientèle ayant reçu des services spécialisés a crû de 4 % en 2007-2008. Aussi, le nombre d'usagers desservis est supérieur à la cible établie par le Ministère pour 2010. Par ailleurs, le nombre total d'heures de prestation de services a crû de 7 % par rapport à l'année précédente.

- De manière plus spécifique, on constate une progression du nombre de personnes desservies en déficience motrice, auditive ou du langage, et une réduction des délais d'attente pour les clientèles en déficience visuelle. Cette année encore, les difficultés liées au recrutement et aux mouvements d'effectifs dans certaines disciplines, notamment l'orthophonie, fragilisent la capacité à atteindre les niveaux escomptés.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services spécialisés – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [29] 2007-2008	Résultats [30] 2007-2008
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	3 679	3 805	3 598

COMMENTAIRES

En 2006-2007, des personnes présentant plus d'un type de déficience physique ont été comptées plus d'une fois dans le résultat affiché. Ces doublons ont été épurés et le résultat 2006-2007, comparable à celui de 2007-2008, est de 3 474 personnes desservies. Ainsi, bien que n'ayant pas atteint le niveau attendu, 124 personnes de plus ont été rejointes par les services spécialisés dans la dernière année. La cible 2010 fixée à 3 548 personnes à desservir est atteinte.

Des difficultés reliées au recrutement et aux mouvements d'effectifs conditionnent la capacité de l'établissement à rencontrer la cible 2007-2008. L'orthophonie et l'ergothérapie constituent les disciplines les plus affectées. Par ailleurs, le processus de dotation des nouveaux postes a été complété en janvier 2008 et des analyses sont en cours sur le mode de fonctionnement permettant d'assurer l'accès à un premier service. Il est permis d'anticiper une meilleure performance au cours des prochains mois.

En 2007-2008, le Centre de réadaptation InterVal a aussi mis en place des services en réponse aux personnes ayant un problème de bégaiement ou dyspraxie. L'établissement a entrepris la diffusion de son offre de services afin de susciter les références.

[29] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[30] Résultats en date du 13 mai 2008.

- En 2007-2008, l'Agence a alloué au Centre de réadaptation InterVal des crédits additionnels totalisant 830 000 $, sur une base annuelle, dans le but de faciliter l'accès et d'accroître l'offre de services spécialisés en déficience physique. Les objectifs signifiés étaient :

    - l'élimination de la liste d'attente documentée au 31 mars 2007 ;
    - la collaboration à la trajectoire d'évaluation diagnostique TED et la consolidation de l'offre de services d'orthophonie et d'ergothérapie ;
    - l'implantation de nouveaux services spécialisés pour les personnes bègues et les enfants dyspraxiques.

La mise en œuvre de cette mesure devait permettre d'affecter deux ressources supplémentaires (ergothérapeute et orthophoniste) à la clientèle TED. Cette mesure a été partiellement réalisée, un poste d'orthophoniste demeurait vacant au 31 mars 2008. Par ailleurs, dans le cadre de l'entente de services entre le CSDI, les intervenants du Centre de réadaptation InterVal ont desservi un total de 75 enfants différents.

- Le processus de dotation de postes pour l'ensemble des programmes, incluant les nouveaux programmes en bégaiement et en dyspraxie et la collaboration à l'évaluation diagnostique TED, a permis au centre de réadaptation de rehausser ses effectifs de 13,5 équivalents temps complet.

LE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE

- Le projet de création d'une ressource résidentielle régionale destinée à des adultes présentant des séquelles graves d'un traumatisme craniocérébral, auquel participe l'Agence, a été complété au début de l'année 2007. Ce projet s'inscrit dans le cadre des projets novateurs.

- La mesure exceptionnelle de soutien à l'intégration dans les services de garde pour les enfants handicapés ayant d'importants besoins est une mesure conjointe entre le MSSS et le ministère de la Famille et des Aînés. Le budget global alloué pour cette mesure a été bonifié passant ainsi de 23 853 $ à 34 426 $. Cette mesure a permis de soutenir l'intégration en milieu de garde de huit enfants ayant d'importants besoins.

LE PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

CHAPITRE 12

Les réalisations régionales 2007-2008 portent sur le développement et la consolidation des services de première ligne (CSSS) et l'accroissement de l'offre de services spécialisés au CSDI. Ces réalisations rejoignent les préoccupations ministérielles et faciliteront le début de la mise en œuvre du plan d'accès prévu pour 2008-2009.

LE SOUTIEN À LA PERSONNE, AUX PROCHES ET À LA FAMILLE PAR LES CSSS

Les services de soutien à la personne et à la famille en première ligne permettent de maintenir les personnes dans leur milieu de vie et de soutenir les familles. Ainsi, les objectifs signifiés portent sur le nombre de personnes et de familles rejointes et l'intensité des services offerts à domicile par les CSSS.

- En ce qui a trait au soutien à la personne, les résultats régionaux de l'année 2007-2008 indiquent, en comparaison à 2006-2007, une augmentation tant au niveau du nombre de personnes rejointes que de l'intensité. En effet, le nombre de personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement desservies par le CSSS est passé de 374 à 411 personnes. Le nombre moyen d'interventions effectuées a progressé légèrement passant de 15,18 à 15,25 interventions en moyenne par personne.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS		**Résultats 2006-2007**	**Cibles [31] 2007-2008**	**Résultats [32] 2007-2008**
1.5.11	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	374	374	411
1.5.12	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	15,2	11,6	15,3

COMMENTAIRES

En 2007-2008, plus de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ont été rejointes par des services à domicile donnés par le personnel des CSSS, dépassant ainsi la cible pour cette même année. Il en est de même pour l'intensité des services pour cette clientèle. En plus d'offrir des services à domicile pour cette clientèle, les personnes peuvent aussi se déplacer pour obtenir des services directement aux CSSS. Ces déplacements font souvent partie de l'intégration sociale. En 2007-2008, indépendamment du lieu d'intervention, 1 543 personnes ont reçu des services spécifiques des CSSS pour une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, des psychoéducateurs en CSSS inscrivent leurs informations dans un centre d'activités dédié spécifiquement à cette clientèle (centre d'activités 7101). Si ces services offerts à domicile par ces intervenants étaient comptabilisés dans les résultats de l'année 2007-2008, 597 personnes seraient ajoutées pour un total de 1 008.

Considérant ce même centre d'activités pour des interventions réalisées uniquement à domicile, ainsi que l'ajout des services offerts par les entreprises d'économie sociale et aide domestique, le chèque emploi-service et les services de gré à gré, le nombre moyen d'interventions à domicile estimé par personne présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement serait de 26 au lieu de 15.

- Le CSSS offre également des services à cette même clientèle par le biais d'autres modalités à savoir, le chèque emploi-service, l'entreprise d'économie sociale à domicile et les services spécifiques d'intervenants pivots à cette clientèle. Les résultats précisés précédemment n'incluent pas ces autres modes de prestation de services. En tenir compte porterait nos résultats à 1 008 usagers pour 30,15 interventions en moyenne par usager.
- L'Agence a rehaussé de 50 000 $ l'enveloppe des CSSS destinée au soutien à la famille, dans le but de porter à 900 $ le montant moyen versé par famille dans la région. Le montant moyen versé par famille est passé à 847 $ pour les troubles envahissants du développement et à 834 $ pour la déficience intellectuelle. Notre région a fait le choix de n'avoir aucune liste d'attente et de répartir la totalité du budget entre toutes les différentes familles, dont le nombre augmente également d'année en année.

[31] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[32] Résultats en date du 13 mai 2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS		Résultats 2006-2007	Cibles [33] 2007-2008	Résultats [34] 2007-2008
1.5.13	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	821	821	869

COMMENTAIRES

En Mauricie et au Centre-du-Québec, aucune famille n'est en attente de services de soutien par le mode d'allocation directe (répit, dépannage, surveillance ou gardiennage). Les résultats pour l'année 2007-2008 indiquent une augmentation des familles rejointes par ce type de soutien, situant celui-ci largement au-dessus de la cible 2010 (619 familles).

Les efforts sont à poursuivre afin d'augmenter les montants moyens versés à chaque famille.

- En lien avec les orientations du MSSS qui requièrent la présence d'intervenants pivots pour accompagner les usagers vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement tout au long du processus les conduisant au premier plan de services individualisés, et de consolider la présence d'intervenants pivots en CSSS, l'Agence a investi 400 000 $ sur une base annuelle. Cet investissement se traduit par l'ajout de ressources humaines pour desservir plus spécifiquement la clientèle 0-17 ans vivant un trouble envahissant du développement.

LES SERVICES SPÉCIALISÉS D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION

Le CSDI offre dans l'ensemble de la région des services spécialisés d'adaptation-réadaptation aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Les objectifs signifiés portent sur le nombre de personnes TED recevant des services, l'intensité des services en DI-TED et la mise en place d'un continuum de services visant l'évaluation de jeunes TED en vue de faciliter l'accès à des services et l'obtention d'un diagnostic.

- Concernant les services offerts aux personnes TED, les résultats régionaux précisent que les cibles 2010 sont atteintes, exception faite pour l'intensité d'intervention comportementale intensive. Tous les enfants se voient offrir vingt heures par semaine d'intervention comportementale intensive, mais certaines contraintes influencent la consommation réelle, par exemple, disponibilité, maladie, formation.

- Les services aux enfants de moins de six ans vivant avec une déficience intellectuelle ont fait l'objet d'une attention particulière. Afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés et de progresser vers l'atteinte des objectifs ministériels visant une prestation de services de cinq heures en moyenne par enfant, l'Agence a investi un montant de 125 000 $ sur une base annuelle. Les résultats des trois dernières périodes financières signalent une hausse du nombre d'heures de prestation de services en comparaison à 2006-2007. Ainsi, pour ces trois périodes, le nombre d'heures est passé de 1,4 h à 1,8 h en moyenne par enfant.

[33] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[34] Résultats en date du 13 mai 2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de vingt heures par semaine pour les enfants de moins de six ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

INDICATEURS	**Résultats 2006-2007**	**Cibles [35] 2007-2008**	**Résultats [36] 2007-2008**
1.5.7 Nombre d'enfants de moins de six ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	49	47	46
1.5.8 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de six ans	12,4	20,0	14,1

COMMENTAIRES

La cible 2007-2008 a été fixée au niveau de celle attendue en 2010. Le nombre d'enfants rejoints dans le cadre des services d'intervention comportementale intensive se situe au niveau de celui espéré.

Le nombre d'heures hebdomadaires moyen **consommé** par enfant a augmenté pour se situer à quatorze en 2007-2008. L'offre de services de vingt heures par semaine est offerte à chaque enfant. Plusieurs raisons peuvent expliquer l'écart entre l'offre de services à vingt heures semaine fait à chaque enfant et le nombre moyen d'heures utilisées :

- Contraintes reliées à l'enfant ou à ses parents : disponibilité de l'enfant et/ou des parents (ex. : vacances, maladie, sortie de l'enfant avec son centre de la petite enfance, sieste, maternelle quatre ans).
- Contraintes reliées au type d'intervention et de clientèle dont le maintien ou le développement de l'expertise des intervenants et la nécessité d'une constance de l'intervenant auprès de l'enfant (ex. : courtes absences de l'intervenant ne sont pas remplacées).

[35] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[36] Résultats en date du 13 mai 2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services spécialisés – trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de personnes âgées de six ans ou plus desservies.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [37] 2007-2008	Résultats [38] 2007-2008
1.5.14 Nombre de personnes âgées de six ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)	253	270	284

COMMENTAIRES

Comparativement à 2006-2007, plus de trente personnes de six ans ou plus présentant un trouble envahissant du développement, soit 284 personnes, ont reçu des services spécialisés dépassant ainsi la cible fixée en 2007-2008 et celle de 2010 fixée à 166 personnes à rejoindre.

- Afin de favoriser un accès plus rapide à l'ensemble des services disponibles, l'Agence a mis en place pour les jeunes TED de 6-17 ans une trajectoire de services pour l'évaluation diagnostique similaire à celui des moins de six ans. Pour soutenir cette démarche et consolider les services de réadaptation, un investissement de 125 000 $ sur une base annuelle a été consenti au CSDI. L'ensemble des établissements partenaires est à implanter cette nouvelle démarche.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Accès aux services – déficience intellectuelle – TED**

Objectifs de résultats : Mise en œuvre du plan d'accès en DP, DI et TED.

INDICATEURS	Point de départ [39] 2006-2007	Cibles [40] 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre d'établissements ayant désigné un responsable de la mise en œuvre du plan d'accès	1	10	4

COMMENTAIRES

Le résultat indiqué pour l'année 2007-2008 est basé sur la reddition de comptes effectuée en octobre 2007.

Le Plan d'accès aux services pour les personnes handicapées développé par le Ministère n'était pas disponible au 31 mars 2008. Ainsi, ne disposant pas de descriptions ou de critères permettant de répondre aux attentes du MSSS, les établissements n'ont pu désigner de personnes responsables dans la mise en œuvre de ce plan d'accès aux services.

[37] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[38] Résultats en date du 13 mai 2008.
[39] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
[40] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

- En cohérence avec l'entente de services entre le CSDI et le Centre de réadaptation InterVal, un montant de 150 000 $ sur une base annuelle a été investi, et ce, afin de bonifier l'offre de services spécialisés en orthophonie et en ergothérapie pour desservir les enfants TED de 0-17 ans. Ainsi, 75 enfants ont bénéficié de ces services.

LE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE

- La mesure exceptionnelle de soutien à l'intégration dans les services de garde pour les enfants handicapés ayant d'importants besoins est une mesure conjointe, entre le MSSS et le ministère de la Famille et des Aînés. Le budget global alloué pour cette mesure a été bonifié passant ainsi de 23 853 $ à 34 426 $. Cette mesure a permis de soutenir l'intégration en milieu de garde de huit enfants ayant d'importants besoins.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services spécialisés – déficience intellectuelle**

Objectifs de résultats : Améliorer l'accès à des services d'adaptation et d'intégration sociale pour les usagers présentant une déficience intellectuelle.

INDICATEURS	Point de départ [41] 2006-2007	Cibles [42] 2007-2008	Résultats [43] 2007-2008
1.5C Nombre moyen d'heures de prestation des services d'adaptation et d'intégration sociale par enfant	1,6	2,0	1,5

COMMENTAIRES

D'entrée de jeu, précisons que cet indicateur est en expérimentation. C'est donc dire qu'un temps d'ajustement est nécessaire tant du côté des intervenants que du système de données lui-même. Liées à l'ensemble des ajustements requis tels qu'énoncés ci-contre, les données présentées ne rendent pas nécessairement l'intensité réelle pour cet indicateur.

- Des modifications ont dû être faites afin de se conformer à la définition du MSSS ainsi, les données de la clientèle double problématique DI et TED ont été retranchées pour ne capter que les données de la clientèle DI de moins de six ans. Il est aussi à souligner que les heures d'intervention des consultants et spécialistes ne sont plus compilées dans ces résultats. Ainsi, cet exercice de correction de données nous permet de constater que l'intensité réelle pour 2006-2007 était de 1,3 h au lieu de 1,6 h en moyenne par enfant. Cette nouvelle lecture présente donc une meilleure performance pour 2007-2008 avec un résultat de 1,5 h.

- Une analyse comparative des heures d'intervention pour 2006-2007 et 2007-2008, plus spécifiquement pour les périodes 11, 12 et 13, indique pour ces seules périodes une performance de 1,4 h en 2006-2007 et 1,9 h en 2007-2008. Donc une augmentation globale de 0,5 h en moyenne par enfant pour ces périodes.

- Plusieurs ajustements sont en cours, d'une part, au niveau de la planification des heures d'intervention et, d'autre part, au niveau de la captation de données par les intervenants.

[41] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
[42] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
[43] Résultats en date du 13 mai 2008.

LE PROGRAMME
JEUNES EN DIFFICULTÉ

CHAPITRE 13

L'entente entre le MSSS et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport a donné lieu à un ensemble d'activités conjointes réalisées sur les plans régionaux et locaux telles que des travaux sur la problématique des troubles du comportement chez les jeunes de cinq à douze ans fréquentant le milieu scolaire, des programmes sur des solutions de rechange à la suspension scolaire, des démarches de suivi systématique chez des jeunes qui présentent des comportements de dangerosité, et finalement, la mise en place de programmes permettant l'accompagnement en milieu scolaire des jeunes handicapés.

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS LES CSSS

- En 2007-2008, le nombre d'interventions générées dans le cadre du programme Faire la courte échelle (interventions individuelles, familiales, de couple ou de groupe) a presque doublé en passant de 443 à 790.

  Ce programme vise l'intégration des services pour les familles présentant une problématique de négligence. Il est déployé dans les huit CSSS de la région. Sur chaque territoire, une répondante s'assure de la coordination des plans de services individualisés, du support aux intervenants et des activités de promotion et de formation.

- Le projet *Ensemble pour les enfants* expérimente au quotidien un modèle de services novateurs et uniques au Québec dans un quartier hautement défavorisé à Shawinigan. Une équipe de quartier intégrée, constituée d'intervenants du CSSS de l'Énergie et du Centre jeunesse, agit au quotidien dans la communauté. L'intervention de

l'équipe de quartier facilite l'accessibilité, garantit la continuité, augmente l'intensité et la qualité des services à une clientèle qui est souvent réticente à recourir aux services.

Depuis 2004-2005, un budget de 1 015 000 $ a été investi pour la mise en œuvre de ce projet pilote pour en assurer l'implantation et l'évaluation.

- En juillet 2007, l'Agence a mis en place dans chacun des CSSS des services intégrés pour les jeunes de 12 à 18 ans présentant un trouble du comportement.

Afin que les CSSS puissent être en mesure d'intervenir auprès de cette clientèle, auparavant desservie par le Centre jeunesse, l'Agence a investi 1 400 000 $ pour l'embauche de 20,5 professionnels. Pour mieux les outiller, un plan de formation, incluant les volets d'intervention, le matériel d'évaluation, les éléments cliniques, l'approche motivationnelle et l'intervention de crise, a été élaboré par l'Agence.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services de première ligne – jeunes et leur famille en difficulté**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions par année, par usager.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [44] 2007-2008	Résultats [45] 2007-2008
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	9 295	8 853	9 681
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,1	6,6	6,0

COMMENTAIRES

En 2007-2008, des investissements supplémentaires ont permis de consolider la trajectoire des services aux jeunes en difficulté et leur famille ainsi qu'un ajout important d'intervenants. Ces intervenants ont particulièrement contribué à l'implantation d'un programme spécifique visant les jeunes de 12 à 18 ans présentant des troubles de comportement et leur famille. Dans ce programme, un ensemble de services intégrés est disponible incluant l'intervention en situation de crise. Sept CSSS offrent actuellement le suivi individuel et le suivi familial, et un huitième CSSS dont le programme est en démarrage. En 2007-2008, 14,5 équivalents à temps complet (ETC) ont été dotés dans le cadre de ces services. En 2008-2009, six autres postes devront être déployés.

L'importante augmentation d'usagers, soit 386 de plus que le résultat enregistré en 2006-2007, est associée à l'amélioration de l'offre de services et à la prise en charge de jeunes aux prises avec des troubles de comportement. Puisque la majorité des CSSS a finalisé le processus de dotation de postes vers la mi-février 2008, l'entrée de nombreux usagers vers la fin de l'année contribue au niveau d'intensité des services enregistré, lequel est inférieur à l'objectif 2007-2008.

Quoi qu'il en soit, l'intensité de services offerte à cette clientèle demeure un enjeu en Mauricie et au Centre-du-Québec. Des efforts importants doivent être consacrés à des approches, des pratiques et des solutions permettant de fournir sept interventions en moyenne par usager (jeune ou famille) afin de prévenir les difficultés d'adaptation et de développement.

[44] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[45] Résultats en date du 13 mai 2008.

- En lien avec le plan d'action régional sur le déficit de l'attention/hyperactivité, intitulé *Concentrons nos énergies,* quatre séances de formation destinées aux nouveaux intervenants œuvrant auprès des adolescents et des adultes ont été organisées. Ces formations portaient sur la connaissance de la problématique, l'évaluation et l'intervention. Cinquante professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et trente-cinq du réseau de l'éducation ont participé à ces rencontres.

LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN CENTRE JEUNESSE

- Le Centre jeunesse a été confronté à une augmentation de 5,4 % des signalements reçus en passant à 6 552 au 31 mars 2008. Pour l'année 2007-2008, le pourcentage de signalements retenus par 1 000 jeunes est nettement supérieur à la moyenne du Québec. On dénombre dans notre région 29,02 signalements retenus par 1 000 jeunes comparativement à 19,37 pour l'ensemble du Québec. Ces situations engendrent des pressions sur les services.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de douze jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de trente jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [46] 2007-2008	Résultats [47] 2007-2008
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	7,7	12,0	7,5
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	20,1	30,0	16,5
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	16,5	14,0	12,6
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	8,6	8,2	7,7

COMMENTAIRES

Depuis deux ans, le délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse enregistré par le Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec est plus court que celui attendu. Il en est de même pour celui à l'application des mesures à la Protection de la jeunesse.

Les résultats 2007-2008 montrent une bonne performance pour la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la Loi sur la justice pénale pour adolescents. Depuis 2006, l'établissement a mis en place des mesures lui permettant d'atteindre cette cible.

Le Centre jeunesse a instauré des mécanismes d'accès pour encadrer rigoureusement une demande de placement, avec ou sans un caractère d'urgence, faite par ses partenaires. L'analyse porte sur la pertinence du placement ou le recours à d'autres mesures de rechange. Enfin, le nombre de signalements en Mauricie et au Centre-du-Québec demeure supérieur à celui de l'ensemble du Québec (26,8 pour 1 000 jeunes comparativement à 17,4). Tout en recherchant l'atteinte de la cible 2010 de sept nouveaux placements par 1 000 jeunes, l'Agence et l'établissement réaffirment la primauté des services permettant d'assurer la sécurité de l'enfant et en ce sens, l'atteinte de cette cible ne doit pas fragiliser la situation de jeunes qui nécessitent un placement.

[46] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[47] Résultats en date du 13 mai 2008.

- Afin de favoriser, dans l'esprit des amendements apportés à la Loi sur la protection de la jeunesse, l'implication et la mobilisation du réseau de la jeunesse autour du jeune et de sa famille, l'Agence coordonne depuis septembre 2007 un comité composé de cadres des CSSS, du Centre jeunesse, des établissements à vocation régionale et du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

  L'objectif principal visant à mettre en place des mécanismes de collaboration et de liaison entre le Centre jeunesse et ses partenaires ayant été atteint, le comité s'assurera dans un deuxième temps de l'efficience de ces mécanismes.

- Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec a mis en place le programme de Qualification des jeunes, conçu pour soutenir le passage à la vie autonome des jeunes suivis au Centre jeunesse, qui permettra à vingt jeunes qui ont connu de longs placements et qui, à leur majorité, ne peuvent bénéficier de soutien, d'être accompagnés de façon intensive pendant trois ans, soit jusqu'à l'âge de 19 ans. Ce programme les encadre dans leur démarche d'autonomie, tout en soutenant leur intégration au marché du travail ou dans une formation académique qualifiante, en plus de contribuer à la mise en place d'un réseau de soutien autour d'eux. Un budget de 150 000 $ est investi annuellement pour actualiser ce programme.

- L'entente multisectorielle développée pour les situations d'enfants victimes d'abus sexuels et de mauvais traitements physiques ou d'absence de soins menaçant leur santé a permis de rejoindre de nombreux partenaires de la région par des formations et du travail de sensibilisation portant sur cette problématique. En 2007-2008, 170 intervenants œuvrant auprès de la clientèle de jeunes ayant une déficience ont été formés.

LE PROGRAMME DÉPENDANCES

CHAPITRE 14

L'ALCOOLISME ET LA TOXICOMANIE

La constante évolution dans le domaine des dépendances, tant en ce qui concerne les substances et les objets de consommation qu'en ce qui a trait à l'amélioration des connaissances et de l'expertise en matière de prévention et de traitement des problématiques qui y sont associées, a amené l'Agence à réviser les orientations régionales en alcoolisme et toxicomanie en vigueur depuis 1999.

- Un comité consultatif constitué de représentants des CSSS, du centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, d'organismes communautaires en dépendances et de représentants de la Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées de l'UQTR a effectué des travaux visant à faire le bilan des actions réalisées jusqu'à maintenant, à identifier les zones à améliorer ainsi que des stratégies et des mesures à prioriser pour les cinq prochaines années. L'Agence a profité de l'occasion pour intégrer les autres dépendances, notamment celle associée aux jeux de hasard et d'argent.

  En mars, une vaste consultation a été effectuée auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, des instances consultatives du conseil d'administration ainsi qu'auprès des partenaires intersectoriels tels que le milieu de l'éducation, de l'emploi et de la sécurité publique. L'accueil reçu a été très favorable.

- L'Agence a maintenu la répartition annuelle d'une somme de 150 000 $ aux huit tables territoriales de concertation

en dépendances pour assurer la réalisation d'actions en prévention des toxicomanies auprès de toutes les clientèles, particulièrement les jeunes.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services de première ligne – toxicomanies**
Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [48] 2007-2008	Résultats [49] 2007-2008
1.7.1 Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation	355	355	332

COMMENTAIRES

Le nombre de jeunes référés aux services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation a été moindre en 2007-2008 que ce qui était attendu. La cible fixée pour 2010, soit 253, est toutefois largement dépassée.

L'établissement a procédé à la formation des employés nouvellement responsables du programme jeunesse. L'établissement poursuit également l'actualisation de son plan d'action visant à accroître le nombre de références provenant des CSSS et des milieux scolaires vers les services spécialisés en dépendances.

- Le déploiement du programme de consommation contrôlée Alcochoix + dans les huit CSSS de la région s'est poursuivi.

- L'Agence en partenariat avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Domrémy et les organismes certifiés offrant des services d'hébergement pour personnes alcooliques ou toxicomanes participent à une expérience pilote pour les personnes bénéficiant de l'aide de la solidarité sociale.

  Depuis novembre 2007, après une évaluation obligatoire déterminant le type de services requis soit à l'interne ou à l'externe, les frais de séjour et d'hébergement sont remboursés à ces personnes. Cependant, pour bénéficier de cette aide financière, les personnes doivent être hébergées dans l'une ou l'autre des ressources certifiées du Québec.

- Un budget récurrent de 150 000 $ a été octroyé pour la consolidation du Réseau intégré de services en désintoxication qui établit les corridors de services entre Domrémy, le CHRTR et trois CSSS à mission hospitalière.

LE JEU PATHOLOGIQUE

- L'Agence a maintenu la répartition annuelle d'une somme de 90 000 $ aux huit tables territoriales de concertation en dépendances pour assurer la réalisation d'actions en prévention du jeu pathologique auprès de la population.

[48] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[49] Résultats en date du 13 mai 2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Jeu pathologique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [50] 2007-2008	Résultats [51] 2007-2008
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	394	387	308

COMMENTAIRES

Une correction de données effectuée afin d'éliminer la duplication des usagers vus en externe et en interne situe le résultat 2006-2007 à 336 au lieu de 394. La cible 2007-2008 fixée avec la même méthode de compilation de données s'avère donc surestimée.

Quoi qu'il en soit, en comparant à la donnée corrigée de l'année précédente, le résultat 2007-2008 ne permet pas de maintenir ou dépasser ce niveau. Il est toutefois important de préciser qu'aucune personne n'est en attente de services spécialisés pour le jeu pathologique et que le nombre de demandes de services a diminué. Cette diminution serait observable dans l'ensemble du Québec.

Des efforts importants ont été faits par Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec afin de promouvoir ces services et assurer une référence de la part des partenaires. De plus, l'équivalent d'un demi-temps est assuré au Ludoplex par le CSSS de Trois-Rivières afin de permettre un premier contact auprès de la clientèle visée et de référer les personnes vers Domrémy.

- Le projet pilote d'exclusion volontaire s'adressant aux joueurs d'appareils de loterie vidéo qui souhaitent s'exclure des aires de jeux des établissements s'est poursuivi en partenariat avec l'Université Laval, la Société des loteries vidéo du Québec, Domrémy et trois organismes communautaires.

- Élaboration et soutien au plan d'action lié à l'implantation du salon de jeux à Trois-Rivières visant à prévenir et à limiter les méfaits associés aux jeux de hasard et d'argent.

- L'Agence a soutenu la réalisation de la phase deux du projet, en partenariat avec la Société de développement économique de Drummondville et Domrémy, visant à outiller les entreprises manufacturières en matière de prévention et d'intervention relativement aux dépendances ainsi qu'à améliorer l'accès aux services existants pour les travailleurs aux prises avec une consommation problématique d'alcool, d'autres drogues et de jeux de hasard et d'argent.

- Un budget de 48 000 $ a été octroyé à Domrémy pour effectuer une recherche portant sur les habitudes de jeu chez les aînés de la région.

- L'Agence a apporté un soutien financier à l'Association québécoise de défense des droits des retraités de Trois-Rivières pour l'organisation d'un forum sur *La vie en jeu* portant sur le jeu pathologique chez les personnes de plus de 50 ans.

[50] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[51] Résultats en date du 13 mai 2008.

LE PROGRAMME
SANTÉ MENTALE

CHAPITRE 15

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services de première ligne – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

INDICATEURS	**Résultats 2006-2007**	**Cibles [52] 2007-2008**	**Résultats [53] 2007-2008**
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	2 846	4 054	3 628

COMMENTAIRES

En 2007-2008, les CSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont desservi 5 568 personnes présentant un trouble mental diagnostiqué ou en voie de l'être. Ces personnes ont ensuite reçu divers services dont ceux de première ligne ou de soutien d'intensité variable dans la communauté.

Comparativement à l'année 2006-2007, 782 personnes de plus, souffrant de troubles mentaux, ont été rejointes par les services de première ligne en santé mentale dans les CSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ce résultat est cependant inférieur à celui attendu et encore loin de la cible 2010.

Bien que le virage soit amorcé et que l'offre de services soit améliorée, une intensification des efforts est à réaliser, et ce, particulièrement auprès de la clientèle adulte. Pour les adultes, la poursuite de la mise en place des guichets d'accès en santé mentale et la consolidation des équipes de base constituent des priorités d'action pour 2008-2009.

[52] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[53] Résultats en date du 13 mai 2008.

LES SERVICES AUX JEUNES

Les services de première ligne

- Tous les CSSS ont mis en place un continuum de services en santé mentale pour les jeunes.

En 2007-2008, les CSSS ont augmenté leurs effectifs de 7,5 intervenants, ce qui porte le nombre total d'intervenants pour ce programme à 25,6 équivalents temps complet. Le rehaussement de l'implantation des services de santé mentale jeunesse de première ligne influence la dispensation des services en pédopsychiatrie et allège la liste d'attente.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services de première ligne – santé mentale**
Objectifs de résultats	Implanter ou consolider les équipes de première ligne en santé mentale dans les CSSS.

INDICATEURS	**Point de départ [54] 2006-2007**	**Cibles [55] 2007-2008**	**Résultats 2007-2008**
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de première ligne en santé mentale pour les jeunes	19,0	21,5	22,3

COMMENTAIRES

En 2006-2007, les données déclarées par les établissements dans GESTRED situaient le résultat à 18,1 postes dédiés à la santé mentale pour les jeunes. Partant de ce point de comparaison, les CSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont ajouté 4,2 postes, soit presque le double du niveau attendu en 2007-2008. Ce résultat démontre les efforts des établissements pour améliorer l'offre de services aux jeunes souffrant de troubles mentaux.

Les services de deuxième ligne

- Au 31 mars 2008, le nombre de jeunes de moins de 18 ans sur une liste d'attente en pédopsychiatrie a nettement diminué en passant de 96 à 33. La région demeure cependant fragilisée étant donné la pénurie d'effectifs médicaux en pédopsychiatrie. La capacité d'accueil demeure ainsi insuffisante dans plusieurs territoires.
- Afin de répondre adéquatement aux besoins des jeunes hébergés en centre de réadaptation présentant des problèmes graves de santé mentale, le Centre jeunesse a créé deux unités d'intervention intensive : une pour les filles et une pour les garçons, de six places chacune.

[54] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

[55] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services de santé mentale en centre jeunesse – jeunes en difficulté et leur famille**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître les services de réadaptation spécialisés pour les jeunes présentant un trouble sévère de santé mentale.

INDICATEURS	Point de départ [56] 2006-2007	Cibles [57] 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de projets pour des services spécialisés en santé mentale pour des jeunes hébergés en unité de réadaptation	0	1	1
Nombre de jeunes hébergés en unité de réadaptation desservis par des services spécialisés en santé mentale	0	12	12

COMMENTAIRES

Afin de répondre adéquatement aux besoins des jeunes présentant des problèmes graves de santé mentale hébergés en centre de réadaptation, le Centre jeunesse a créé deux unités d'intervention intensive en 2007-2008. La première de six places destinée aux filles et une deuxième de six places pour les garçons.

Afin d'être en mesure de répondre adéquatement à ces jeunes, une équipe de professionnels ayant développé une expertise en matière de santé mentale est assignée à ces deux unités. Elle est composée de différentes catégories de personnel : coordonnateur du Centre jeunesse, infirmière, psychologue, travailleur social, psychoéducateur, intervenant en centre de crise et omnipraticien ayant développé une expertise en santé mentale. La présence d'un intervenant d'un centre de crise ainsi que l'omnipraticien devrait faire l'objet d'une entente avec l'organisme ou l'établissement.

Le Centre jeunesse a instauré une équipe de soutien multidisciplinaire de deuxième niveau spécialisée en évaluation et en intervention sur la santé mentale et le suicide. Cette équipe assure aux intervenants du Centre jeunesse une disponibilité 24/7 pour consultation lors de problématiques particulières. Divers professionnels composent cette équipe ; on parle ici de psycho-éducateurs, d'infirmières et de psychologues.

[56] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

[57] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	Services d'intégration dans la communauté – santé mentale
Objectifs de résultats	Offrir une gamme de services dans la communauté pour les gens souffrant de troubles graves.

INDICATEURS	Point de départ [58] 2006-2007	Cibles [59] 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi d'intensité variable	24,0	33,0	33,9

COMMENTAIRES

Les données transmises par les établissements dans GESTRED chiffrent la situation 2006-2007 à 19,7 postes dédiés aux équipes de suivi d'intensité variable dans la communauté. Partant de ce point de comparaison, les CSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont ajouté 14,2 postes en 2007-2008. Afin de correspondre aux investissements, 7,6 ETC de plus seront comblés en 2008-2009.

Indépendamment du point de départ, l'ensemble des établissements permet de dépasser la cible 2007-2008 et donc une dotation de postes conforme aux investissements. Ce résultat démontre les efforts des établissements pour améliorer l'offre de services aux adultes souffrant de troubles mentaux et vivant dans la communauté.

LES SERVICES AUX ADULTES

Des services de santé mentale de première ligne sont accessibles aux adultes dans les huit CSSS de la région. Quatre CSSS et le CHRTR offrent des services de santé mentale de deuxième ligne pour l'ensemble des adultes de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- En 2007-2008, l'Agence a poursuivi la mise en place des mesures prévues dans le cadre du déploiement du plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*.

- L'Agence a maintenu en fonction différents mécanismes de coordination régionale tels que la Table régionale en psychiatrie, la Table des directeurs de santé mentale et des dépendances et le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale. En facilitant la mise en œuvre du plan d'action en santé mentale, ces rouages de coordination régionale ont démontré leur pertinence.

- En 2007-2008, l'Agence a donné un montant de 10 000 $ afin d'intégrer dans la planification et dans l'organisation des services en santé mentale les utilisateurs de services ainsi que des parents et proches. Ce financement permet entre autres à ces personnes de participer à différents comités tels que les tables des projets cliniques des RLS et à des activités de formation.

  Cette somme a été octroyée au Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17 qui gère conjointement le projet avec le groupe de Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec et de la Mauricie.

Les services de première ligne

Les équipes de première ligne en santé mentale adulte

Pour les services de première ligne en santé mentale, l'écart à la cible demeure important.

Au cours de l'année, l'Agence a animé un comité de travail sur le déploiement des guichets d'accès en santé mentale afin d'élaborer un cadre de référence régional. Le guichet d'accès a pour objectifs :

- D'améliorer et de faciliter l'accès offrant une porte d'entrée facilement repérable ;

[58] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
[59] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

- D'aider à « offrir le bon service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit », dans une optique de hiérarchisation des services ;
- De garantir une utilisation optimale des services de deuxième ligne ;
- De mettre en place des mécanismes de communication et de concertation efficaces entre tous les acteurs concernés ;
- D'offrir aux référents un accès direct.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services de deuxième ligne – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de soixante jours.

INDICATEURS		**Résultats 2006-2007**	**Cibles [60] 2007-2008**	**Résultats [61] 2007-2008**
1.8.10	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale est supérieur à soixante jours	461	301	520

COMMENTAIRES

Alors que la liste d'attente pour accéder à des services de deuxième ligne en santé mentale s'améliorait pour le nombre de jeunes passant de 96 à 33, elle s'est détériorée pour la clientèle adulte (passant de 365 à 487).

La Mauricie et le Centre-du-Québec affiche un plan d'effectifs médicaux non comblé en psychiatrie. Le recrutement de psychiatres devient un des enjeux majeurs permettant de diminuer le nombre de personnes en attente de ces services. De plus, le manque d'effectifs en omnipratique contribue à augmenter la pression au niveau des services de deuxième ligne en psychiatrie, puisque la prise en charge de cette clientèle est limitée. Les efforts des établissements et de l'Agence se poursuivront dans ce sens au cours de la prochaine année.

Le renforcement des services en première ligne (guichet d'accès, équipes de base, soutien d'intensité variable dans la communauté) contribuera également à diminuer cette attente.

Certains CSSS ont déjà amorcé la mise en place de guichets d'accès sur leur territoire qui sera complétée d'ici mars 2009. La mise en activité de ces guichets devrait augmenter considérablement les demandes de services en première ligne.

Le suivi d'intensité variable

Le suivi d'intensité variable, offert par toutes les équipes de santé mentale de première ligne des CSSS de la région, vise à la fois le maintien dans la communauté de la personne ayant un trouble mental grave et l'amélioration de sa qualité de vie. Les interventions effectuées auprès de cette personne se déroulent presque exclusivement dans son milieu de vie.

[60] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[61] Résultats en date du 13 mai 2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : ▪ En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) ; ▪ En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [62] 2007-2008	Résultats [63] 2007-2008
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le lnombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	239	560	305
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	305	322	313

COMMENTAIRES

Note : *La cible 2007-2008 est conforme à l'entente de gestion et d'imputabilité signée avec le MSSS. Cependant, une erreur de calcul sur le volume additionnel lié aux investissements a été décelée par la suite. La cible 2007-2008 corrigée pour l'indicateur 1.8.5 devrait plutôt être de 483.*

Les services dont il est question dans cette fiche s'adressent à des personnes ayant des troubles mentaux graves et qui vivent dans la communauté. Ces services visent à maintenir et intégrer les personnes dans leur milieu de vie naturel, à prévenir des passages répétés à l'urgence et à diminuer la fréquence et la durée d'hospitalisation. Le suivi dans la communauté offert par les établissements peut se traduire par plusieurs activités telles que le soutien aux activités de la vie quotidienne et de la vie domestique, le maintien et le développement de réseau social, le soutien et l'accompagnement dans différentes démarches (ex. : sécurité du revenu, transport en commun, recherche de logement) et l'enseignement à la personne ainsi qu'à son entourage, au besoin, sur différents sujets tels la médication, les signes précurseurs à une rechute et l'intervention à privilégier.

La clientèle en soutien d'intensité variable nécessite en moyenne deux à sept rencontres par période de 28 jours. Celle en suivi intensif nécessite en moyenne plus de huit rencontres pour la même période. En 2007-2008, 963 adultes avec un trouble mental grave ont été desservis au moins une fois dans le cadre du soutien d'intensité variable dans la communauté et 459 dans le cadre du suivi intensif.

Depuis 2005-2006, le nombre moyen d'adultes rencontrés par les CSSS pour un soutien d'intensité variable dans la communauté a augmenté de 89 % passant de 166 à 305. Bien que des efforts importants aient été consentis à ce type de services, le résultat 2007-2008 demeure inférieur à la cible fixée pour cette année et à celle de 2010. Outre le changement de pratique et d'approche, le nombre d'intervenants a été augmenté passant de 20 ETC en 2006-2007 à 34 en 2007-2008. Afin de correspondre aux investissements, 7,6 postes de plus seront comblés en 2008-2009. Une formation de treize jours a été dispensée auprès des intervenants et se poursuivra pour une deuxième cohorte en 2008-2009.

Le nombre moyen d'adultes desservis en suivi intensif (clientèle avec des problématiques plus complexes) a légèrement augmenté comparativement à 2006-2007. Bien que la cible fixée pour 2007-2008 n'ait pas été atteinte, le résultat dépasse la cible 2010 visant à desservir 271 personnes. Aucune personne n'est en attente de services. La mise en place graduelle des services de soutien dans la communauté influence à la baisse le nombre d'usagers moyen par période. Le CSSS de l'Énergie, mandataire en Mauricie et Centre-du-Québec, poursuivra l'identification des clientèles spécifiques pour ces deux programmes afin d'augmenter le taux de pénétration de la clientèle visée.

[62] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[63] Résultats en date du 13 mai 2008.

- En collaboration avec les CSSS et le CHRTR, l'Agence a accordé une priorité d'action à l'implantation du suivi d'intensité variable dans l'ensemble de la région. L'Agence diffusait, en avril 2007, un cadre de référence régional du soutien d'intensité variable qui, à plusieurs égards, implique un changement radical des pratiques professionnelles.

- L'Agence a créé le « groupe des leaders du suivi d'intensité variable » réunissant ces acteurs clés que sont les gestionnaires de premier niveau et les superviseurs cliniques. Elle anime et coordonne leurs rencontres dont l'objectif principal vise le développement de leurs compétences et habiletés pour assurer une implantation optimale du programme dans la région.

- Pour augmenter le nombre d'intervenants œuvrant au sein de ce programme, et ainsi se rapprocher des cibles du plan d'action en santé mentale du MSSS, près de 1 500 000 $ ont été investis pour financer l'ajout de 21,5 postes équivalents temps complet dans les CSSS.

- Dans le but de préparer les ressources humaines aux défis de la pratique clinique en suivi d'intensité variable, l'Agence a innové en leur offrant un programme de formation professionnelle d'une durée de treize jours. Ce programme s'est échelonné du mois d'octobre 2007 à mai 2008.

La problématique du suicide

Le programme de la santé mentale porte un intérêt soutenu en ce qui a trait à la problématique du suicide. En particulier, en travaillant de pair avec la santé publique, nous nous sommes assurés d'arrimer les volets prévention et organisation de services.

- Au cours des dernières années, chaque CSSS s'est affairé à l'amélioration du continuum de services adaptés aux besoins des personnes suicidaires. Ces travaux assureront un meilleur arrimage entre les ressources impliquées. Ils ont aussi pour but de favoriser la mise en réseau des omnipraticiens.

- Le réseau des sentinelles est composé d'adultes issus des milieux de vie des jeunes de 35 ans et moins (écoles, cégeps, universités, milieux de sports et loisirs, milieux de travail ayant une proportion importante de jeunes employés). Formées pour reconnaître les signes précurseurs associés au suicide, les sentinelles renforcent le filet de sécurité autour des personnes suicidaires, notamment celles qui sont isolées ou qui ne consultent pas.

- Dix intervenants provenant des CSSS et des centres de prévention du suicide de la région ont reçu la formation de formateurs visant à développer le réseau des sentinelles.

- Un budget de 72 000 $ non récurrent a été réparti entre les huit CSSS de la région.

Le projet pilote pour le désengorgement de l'urgence du CHRTR

- En 2007-2008, l'Agence a assuré la coordination d'un projet pilote, en collaboration avec le MSSS, le Centre de coordination nationale des urgences, le CHRTR, le CSSS de Trois-Rivières et le Centre Le Havre, visant le désengorgement de l'urgence du CHRTR.

- Afin de rejoindre les attentes du Ministère, douze mesures ont été mises en place. Les trois principales étant :

  - la mise en place du guichet d'accès en santé mentale ;
  - la consolidation des services d'hébergement de crise ;
  - la mise en place de services de liaison entre l'urgence du CHRTR et l'équipe santé mentale du CSSS de Trois-Rivières.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services d'urgence – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : ▪ Séjour moyen sur civière à l'urgence de douze heures et moins ; ▪ 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence.

INDICATEURS	**Résultats 2006-2007**	**Cibles [64] 2007-2008**	**Résultats [65] 2007-2008**
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	16,7	16,0	15,9
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	3,7	3,5	3,3

COMMENTAIRES

Grâce aux efforts des établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour mettre en place des services adéquats en santé mentale et dans la gestion des salles d'urgence, les résultats 2007-2008 indiquent une amélioration comparativement aux années antérieures.

Deux établissements sur quatre ont atteint leurs engagements pour l'année 2007-2008. Un autre affiche tout de même une amélioration depuis 2006-2007 et un dernier s'est détérioré bien que l'application de son plan d'action soit amorcée.

Les actions doivent donc se poursuivre pour la mise en place des services de santé mentale et dans l'esprit du réseau local de services, les établissements doivent poursuivre et consolider leurs ententes de collaboration avec les partenaires et les organismes communautaires. Dans ce sens, l'Agence, en collaboration avec le CHRTR, le CSSS de Trois-Rivières et l'organisme Le Havre, effectuera un bilan du projet pilote mené en 2007-2008 et visant à désengorger l'urgence du CHRTR. Des mesures correctives seront explorées et pourraient être mises en place.

Les services de deuxième ligne

- Le CSSS de Maskinongé a déposé à l'Agence son plan d'organisation des services de première ligne en santé mentale et a défini les corridors de services pour les personnes nécessitant des services de deuxième ligne.

- Une entente de services entre le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska et le CHRTR a été signée le 4 décembre 2007 afin d'établir un corridor de services entre les programmes de santé mentale des deux établissements.

[64] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[65] Résultats en date du 13 mai 2008.

LE PROGRAMME
SANTÉ PHYSIQUE

CHAPITRE 16

LES SERVICES D'URGENCE

L'impact du vieillissement de la population combiné à l'accès très difficile à un médecin de famille font en sorte que l'achalandage dans les principales salles d'urgence de la région augmente d'année en année. Malgré des efforts importants et un suivi rigoureux exercé quotidiennement par les établissements et l'Agence, les cibles régionales n'ont pu être atteintes en 2007-2008.

- L'Agence soutient particulièrement le CHRTR dans ses efforts pour diminuer les durées de séjour sur civière à l'urgence et le pourcentage de patients séjournant plus de 48 heures sur civière, par la mise en place de mesures structurantes, notamment la coordination des admissions, l'analyse des séjours excessifs cas par cas et l'implantation d'une politique de fin de soins actifs.

- La création d'un comité de coordination des services de première ligne et de deuxième ligne en lien avec l'urgence du CHRTR, sur lequel siègent des répondants des CSSS en périphérie de Trois-Rivières, du Centre de réadaptation InterVal et du CHRTR, devrait permettre une meilleure fluidité des clientèles en amont et en aval de l'urgence.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services d'urgence – santé physique**

Objectifs de résultats 2005-2010

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :
- Séjour moyen sur civière à l'urgence de douze heures et moins ;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [66] 2007-2008	Résultats [67] 2007-2008
1.9.1 Séjour moyen sur civière	14,7	13,2	14,2
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	18,8	14,4	18,6
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	3,7	2,0	3,8
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	7,2	3,5	7,8

COMMENTAIRES

La Mauricie et le Centre-du-Québec vit une pénurie d'effectifs médicaux. Le taux d'atteinte du Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique se situe à 81 %. Ce taux se traduit dans la réalité par une moindre prise en charge des patients et un retard à l'admission tant en hébergement pour les personnes âgées qu'en milieu hospitalier. Ces facteurs contribuent à l'augmentation de visites à l'urgence.

L'achalandage dans les principales salles d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec augmente d'année en année. Entre 2005-2006 et 2007-2008, on enregistre une augmentation 7 % au chapitre des visites à l'urgence et 11 % au chapitre des patients sur civière.

À quelques centièmes près, en Mauricie et au Centre-du-Québec, la situation mesurée par les séjours sur civière à l'urgence est demeurée la même qu'en 2006-2007. De façon plus spécifique, deux établissements ont atteint l'ensemble des engagements fixés en 2007-2008. Un autre s'est légèrement détérioré surtout vers la fin de l'année.

Un quatrième établissement éprouve des difficultés importantes à diminuer les durées de séjour sur civière à l'urgence. En 2008-2009, cet établissement fera l'objet d'un suivi intensif conjoint de l'Agence et du Comité de coordination nationale des urgences. De plus, un plan d'action comprenant des mesures structurantes en lien avec le Guide de gestion de l'urgence est exigé par l'Agence d'ici le 30 juin 2008.

LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

- L'implantation du déploiement dynamique du parc de véhicules ambulanciers dans la zone de Victoriaville s'est traduite par une amélioration du temps-réponse dans ce secteur pour les appels d'urgence.
- L'ajout d'un troisième véhicule ambulancier à La Tuque depuis le 1er novembre 2007 augmente l'accessibilité aux services pour la population de ce territoire.
- Le Centre de communication santé a traité plus de 85 000 appels provenant de la population et des établissements, ce qui représente une augmentation de 8 % par rapport à l'année précédente. Le Centre de communication santé a amorcé l'implantation graduelle d'un réseau de télécommunications afin d'affecter de façon uniforme les premiers répondants de la région.

[66] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[67] Résultats en date du 13 mai 2008.

- Douze protocoles d'entente tripartite (Agence, municipalités et entreprises ambulancières) ont été signés pour consolider des services de premiers répondants.

  Afin de soutenir les équipes de premiers répondants, l'Agence a versé 138 700 $ aux 27 municipalités concernées. Les 157 premiers répondants de la région ont été recertifiés afin d'assurer le maintien de leurs compétences. La recertification, d'une durée de huit heures, portait sur les nouvelles normes de réanimation cardiorespiratoire (RCR) de la Fondation des maladies du cœur.

  Les premiers répondants de la région ont complété 1 975 rapports d'interventions préhospitalières.

- 353 techniciens ambulanciers paramédics ont été formés durant trois jours sur l'application des nouveaux protocoles d'intervention clinique et sur les nouvelles normes de RCR. Une journée a également été dispensée aux formateurs sur les techniques pédagogiques afin d'améliorer la transmission des connaissances à leurs pairs.

- 3 939 cas ont été révisés par l'équipe du programme d'amélioration continue de la qualité de l'Agence, notamment à l'égard des protocoles d'administration de médicaments et d'arrêt cardiorespiratoire. Parmi les patients en arrêt cardiorespiratoire, sept ont été réanimés par les ambulanciers et de ceux-ci, cinq sont sortis vivants de l'établissement. Le programme d'amélioration continue de la qualité a également permis d'effectuer toutes les rétroactions requises et d'offrir la formation d'appoint aux techniciens ambulanciers paramédics en écart avec les normes de protocoles.

- L'entente intervenue entre l'Agence et la Fondation des soins avancés en urgence coronarienne du Canada pour la promotion de la RCR en milieu scolaire a favorisé la formation de plusieurs étudiants de niveau secondaire.

LA TRAUMATOLOGIE

- L'actualisation du Plan directeur régional en traumatologie 2006-2009 s'est poursuivie, notamment avec les démarches de signature des ententes de transfert avec l'Hôpital Sainte-Justine pour les enfants et les adolescents victimes de traumatismes et avec l'Hôpital de l'Enfant-Jésus pour les victimes de brûlures graves.

- Les établissements de la région désignés en traumatologie (CSSS du Haut-Saint-Maurice, CHRTR, CSSS Drummond et CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable) ont rencontré la majorité des exigences requises des fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie. L'Agence a été la première à déposer la documentation requise pour les agences.

- Un important travail a été fait par les membres du comité régional de traumatologie afin de préparer le déploiement de l'architecture régionale de services pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger. Les travaux du comité de coordination du Consortium d'établissements (CHRTR et Centre de réadaptation InterVal) offrant des services aux personnes adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave se sont concentrés sur le cheminement de la clientèle régionale ainsi que sur les arrimages nécessaires avec les CSSS de la région en matière de soutien à l'intégration.

- La région a préparé les éléments nécessaires à la prochaine visite d'évaluation du Consortium interrégional de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave, dont le Centre de réadaptation InterVal fait partie.

- Le comité régional de traumatologie s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année 2007-2008.

LES SOINS PALLIATIFS

Les huit CSSS poursuivent l'objectif d'accroître leurs efforts pour favoriser les soins palliatifs.

- Des équipes dédiées aux soins palliatifs ont été mises en place dans tous les CSSS.

- Les CSSS ont desservi 1 558 usagers en 2007-2008, soit 92 usagers de plus que l'année précédente avec une amélioration des services à domicile. On observe une moyenne de 21,7 interventions par usager.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Soins palliatifs**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [68] 2007-2008	Résultats [69] 2007-2008
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	1 466	1 520	1 558
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	18,5	15,8	21,6

COMMENTAIRES

En 2007-2008, les CSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont rejoint plus de personnes nécessitant des soins palliatifs à domicile et avec plus d'intensité que ce qui était attendu. Aucune personne n'est en attente de services actuellement. Les personnes desservies à domicile ont reçu en moyenne davantage d'interventions chacune que la cible 2010 demandée par le MSSS (16,0).

- Un total de 46 lits est disponible pour les soins palliatifs (secteurs public, privé et communautaire).

- Le projet amorcé en novembre 2005 sur le territoire du CSSS de l'Énergie se poursuit.

  L'analyse rétrospective de dossiers d'usagers décédés ayant transité entre l'équipe de soins palliatifs à domicile et l'hôpital a permis de réviser et de réorganiser le travail et favoriser la coordination de soins. La réorganisation du travail a optimisé le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire et les rôles des intervenants sans ajout de budget récurrent.

[68] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[69] Résultats en date du 13 mai 2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Lutte contre le cancer**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [70] 2007-2008	Résultats [71] 2007-2008
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	N/A	90,0	91,1

COMMENTAIRES

L'Agence et le CHRTR considèrent incontournable le respect des délais d'attente en radio-oncologie. Bien qu'ayant atteint la cible fixée pour 2007-2008, l'Agence et le CHRTR travaillent en collaboration afin de s'assurer que le plan de contingence déposé en mars dernier permette d'atteindre et de maintenir la cible visée. Ce plan devra comprendre, entre autres, des mesures pour optimiser la capacité du service de radio-oncologie et augmenter la disponibilité des technologues aux traitements.

Un enjeu pour l'établissement réside dans la difficulté de recrutement et de rétention des technologues en radio-oncologie. Actuellement, le service réussit à atteindre le résultat indiqué avec environ vingt équivalents à temps complet étant donné les différents motifs d'absence. Le plan d'effectifs actuel se situe à moins de trois postes de la base de calcul établie par le MSSS (25 ETC comparativement à 28 ETC). L'établissement concerné et l'Agence mènent actuellement des travaux pour optimiser l'organisation de travail.

Parmi les résultats atteints en 2007-2008, on note :

- La désignation par le conseil d'administration de l'Agence des cinq équipes d'oncologie de la région ;
- La poursuite du déploiement d'un réseau de services intégrés pour lutter contre le cancer, partant de la prévention jusqu'aux soins palliatifs, sous le leadership de l'équipe régionale en oncologie ;
- L'élaboration et la coordination d'un programme de formation régional de 103 heures destiné aux infirmières pivots en oncologie impliquant plus de dix formateurs provenant du CHRTR et des CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable, de l'Université du Québec à Trois-Rivières et de l'Université de Sherbrooke ;
- L'animation par le CHRTR du comité régional des tumeurs permettant le partage d'expertise médicale au niveau régional, une meilleure collaboration entre les établissements en ce qui concerne le suivi de la clientèle et la détermination de la conduite thérapeutique à privilégier ;
- L'arrivée de deux radio-oncologues pour un total de cinq dans la région ;
- La mise en place d'équipes de saines habitudes de vie au sein des CSSS et d'une ressource régionale ayant comme mandat de promouvoir le développement des pratiques cliniques préventives en première ligne ;
- Le déploiement d'un projet de démonstration en soins infirmiers de dépistage du cancer du col utérin.

[70] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[71] Résultats en date du 13 mai 2008.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Le programme régional, sous la responsabilité de l'Agence, est coordonné par le CHRTR et repose sur :

- Cinq centres de dépistage désignés (Trois-Rivières, Shawinigan, Victoriaville, Drummondville et La Tuque) ;
- Quatre centres de référence et d'investigation (Trois-Rivières, Shawinigan, Victoriaville et Drummondville) ;
- Le taux de participation visé par le programme est de 70 %. Le taux régional est passé de 52 % en 2003 à 59,4 % en décembre 2007 (le taux national étant de 52 %). Ainsi, 39 462 femmes entre 50 et 69 ans ont passé une mammographie de dépistage sur les 66 400 femmes admissibles.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Dépistage du cancer du sein**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [72] 2007-2008	Résultats [73] 2007-2008
1.1.3 Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	57,15	60,0	59,4

COMMENTAIRES

Selon les données transmises par l'Institut national de santé publique en date du 31 décembre 2007, 59,4 % des femmes âgées de 50 à 69 ans résidant la Mauricie et le Centre-du-Québec ont accepté de participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Le résultat indique ainsi une augmentation du taux de participation de 2 % comparativement à l'année 2006-2007. Ce résultat est d'autant plus important qu'à chaque année, il s'ajoute environ 2 000 femmes admissibles au programme compte tenu du vieillissement de la population.

Sur les huit territoires de RLS, la cible 2007-2008 a été atteinte dans trois d'entre eux dont un territoire affiche d'ailleurs une proportion supérieure à la cible 2010 se situant à 72,4 %. Un territoire affiche un taux de participation de près de 40 %. Le centre de dépistage désigné sur ce territoire géographiquement éloigné maintient difficilement ses activités reprises depuis 2005. Le maintien des activités est tributaire de la disponibilité des effectifs en radiologie (technologues et radiologistes) et à leur participation au programme.

- Malgré des efforts constants pour recruter des radiologistes et des technologues, la région fait face à une rareté de ressources spécialisées en mammographie. Cette situation limite l'accès rapide aux services radiologiques et entraîne des délais importants pour les mammographies sauf en ce qui concerne le délai d'investigation suite à une mammographie de dépistage. De plus, le vieillissement de la population crée une augmentation annuelle importante du nombre de femmes de 50 à 69 ans admissibles au programme.

[72] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[73] Résultats en date du 31 décembre 2007.

Nombre de semaines d'attente
Mammographies de dépistage (Cible du MSSS : moins de trente jours ouvrables)

	3 mars 2007	2007-2008			
		2007-05-26	2007-08-25	2007-11-28	2008-03-01
CHRTR	22 semaines	24 semaines	24 semaines	24 semaines	26 semaines
CSSS de l'Énergie	9 semaines	8 semaines	13 semaines	14 semaines	20 semaines
CSSS Drummond	20 semaines	16 semaines	20 semaines	19 semaines	15 semaines
CSSS du Haut-Saint-Maurice	9 semaines	13 semaines	14 semaines	19 semaines	Rupture de service temporaire
Clinique radiologique Bois-Francs	6 semaines	4 semaines	4 semaines	2 semaines	3 semaines

Investigation suite à une mammographie de dépistage (Cible du MSSS : moins de douze jours ouvrables)

	3 mars 2007	2007-2008			
		2007-05-26	2007-08-25	2007-11-28	2008-03-01
CHRTR	2 semaines	2 semaines	2 semaines	2 semaines	2 semaines
CSSS de l'Énergie	1 semaine	3 jours	6 jours	6 jours	4 jours
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Aucune attente	4 semaines	4 jours	0 jour	4 semaines
CSSS du Haut-Saint-Maurice	3 semaines	3 semaines	2 semaines	2 semaines	Rupture de service temporaire
CSSS Drummond	2 jours	11 jours	2 jours	4 jours	3 jours

Mammographies diagnostiques (Cible régionale : moins de quatre semaines)

CHRTR	5 semaines	4 semaines	16 semaines	24 semaines	40 semaines
CSSS de l'Énergie	5 semaines	4 semaines	4 semaines	4 semaines	16 semaines
CSSS Drummond	2 jours	11 jours	2 jours	4 jours	3 jours
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	2 semaines	4 semaines	12 jours	12 jours	8 semaines
CSSS du Haut-Saint-Maurice	9 semaines	13 semaines	14 semaines	16 semaines	Rupture de service temporaire
Clinique radiologique Bois-Francs	3 semaines	1 semaine	1 semaine	2 semaines	1 semaine

- Malgré un soutien financier de 184 963 $ accordé par l'Agence en 2006 au CHRTR, au CSSS de l'Énergie et au CSSS Drummond, et d'un montant de 25 354 $ octroyé au CSSS Drummond en 2008 pour augmenter la production de mammographies, les délais et les listes d'attente demeurent élevés. La situation s'est détériorée vers la fin de l'année financière en ce qui concerne les délais pour la mammographie diagnostique.

- L'Agence a débuté une évaluation en profondeur du programme, et, au cours de la prochaine année, un plan d'action sera élaboré en collaboration avec les établissements concernés.

- Notons que le CSSS du Haut-Saint-Maurice a été en rupture de lecture de mammographies à partir de la fin janvier 2008. Les activités ont repris grâce à une entente avec une clinique de Québec.

LES MÉCANISMES D'ACCÈS

- Adopté en décembre 2006, le projet de loi 33 vise à améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, notamment par l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès. Ce système permet la saisie et la gestion

des données relatives à l'accès, dont particulièrement celles relatives aux listes d'attente.

- L'accessibilité à la chirurgie est le premier volet intégré au mécanisme. De ce fait, les cinq établissements à mission hospitalière de la région ont mis en place et alimentent le système depuis le 1er juin 2007.

- De nombreux processus et outils de travail ont dû être revus et adaptés pour permettre l'implantation de ce système.

- Des travaux sont en cours pour permettre le transfert d'information entre le système d'information au mécanisme d'accès et le système de gestion des activités du bloc opératoire.

- Des travaux sont en cours pour intégrer les services en santé mentale, l'imagerie médicale, la cardiologie tertiaire et la radio-oncologie.

L'accessibilité à la chirurgie élective

- Trois types de chirurgies font l'objet de mécanismes d'accès particuliers dont une garantie d'accès spécifique inférieure à six mois : ce sont les prothèses de la hanche, les prothèses du genou et la cataracte. Des actions spécifiques sont initiées par les établissements de la région pour éviter un délai d'attente excédant six mois.

- Avant l'implantation de la gestion centralisée des listes d'attente, les données accessibles relativement à l'attente étaient souvent incomplètes puisque plusieurs chirurgiens géraient eux-mêmes leur liste d'attente. Les données de l'attente au 31 mars 2008 reflètent donc un portrait plus complet de la situation.

  Nombre de patients en attente au 31 mars 2008 :

Prothèse totale du genou	223
Prothèse totale de la hanche	102
Autres chirurgies hospitalisées	898
Chirurgie de la cataracte	1 024
Autres chirurgies d'un jour	5 113

- L'Agence et les établissements assurent un suivi rigoureux de l'attente. Le défi majeur demeure la réduction des délais d'attente dans l'ensemble des spécialités chirurgicales et l'élimination de l'attente excédant six mois pour les prothèses totales du genou, de la hanche et de la chirurgie de la cataracte. Des résultats encourageants sont observés. Les efforts se poursuivent pour que les délais d'accès soient conformes aux standards afin d'offrir à la population les services chirurgicaux dont elle a besoin dans les délais appropriés.

La production chirurgicale

- Les établissements font des efforts soutenus pour maintenir le volume d'activités en chirurgie pour assurer l'accessibilité aux patients en attente. Cependant, en 2007-2008, certains établissements ont dû composer avec la perte d'orthopédistes, d'ophtalmologistes, d'anesthésiologistes et de chirurgiens généraux. L'impact de ces absences se manifeste par un volume de chirurgies d'un jour et de chirurgies avec hospitalisation légèrement inférieur à celui de l'année dernière, pour une diminution totale de la production de 7 % en 2007-2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Chirurgie**

Objectifs de résultats 2005-2010 — Accroître la capacité d'interventions pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

INDICATEURS		Résultats 2006-2007	Cibles [74] 2007-2008	Résultats [75] 2007-2008
1.9.11	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	320	320	329
1.9.12	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	506	479	499
1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	5 291	5 252	5 354
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	15 429	14 648	13 786
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	10 362	10 426	9 856
1.9.16	Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une arthroplastie de la hanche	15	0	4
1.9.17	Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une arthroplastie du genou	34	0	18
1.9.18	Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une chirurgie de la cataracte	14	0	10

COMMENTAIRES

L'atteinte des cibles fixées en production chirurgicale et pour les délais d'attente est fortement tributaire des effectifs médicaux spécialisés et professionnels dont les absences à combler, les départs à remplacer et plus globalement, le recrutement. Dans ce sens, en 2007-2008, certains établissements concernés par la production chirurgicale ont dû composer avec la perte d'orthopédistes, d'ophtalmologistes, d'anesthésiologistes et de chirurgiens généraux.

Malgré ces évènements majeurs, les résultats sont supérieurs à la cible pour les arthroplasties de la hanche, du genou et les chirurgies de la cataracte. Le nombre de personnes en attente de plus de six mois pour ces chirurgies a aussi diminué sans toutefois se situer à zéro.

Les impacts se sont répercutés davantage sur la production en chirurgie d'un jour et en chirurgie avec hospitalisation où la production est inférieure à celle attendue. Bien que se rapprochant des engagements fixés, aucun établissement n'a pu les atteindre en 2007-2008. La production a subi une diminution dans la dernière année, et ce, particulièrement pour ces deux types de chirurgies.

[74] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[75] Résultats en date du 13 mai 2008.

L'accessibilité aux services diagnostiques, imagerie médicale et endoscopie

- L'Agence est à mettre en place un processus pour suivre l'attente pour l'obtention d'examens endoscopiques et en imagerie médicale. Ce processus permet d'identifier les besoins de la population et d'ajuster l'offre de services pour y répondre. Au cours de l'année, ce processus a été actualisé pour les cinq établissements à vocation hospitalière de la région.

- L'Agence a apporté un appui financier pour soutenir les efforts des établissements en vue de réduire certaines listes d'attente, notamment pour l'endoscopie au CSSS Drummond et pour la résonance magnétique au CHRTR.

LES MALADIES CHRONIQUES

Le programme de néphrologie

Débutés depuis novembre 2006, l'Agence et les établissements concernés poursuivent leurs travaux pour optimiser le modèle de déconcentration des services de néphrologie. Ce modèle est axé sur la prévention, la déconcentration et la diversification des services.

Principaux résultats atteints en 2007-2008 :

- La consolidation de la capacité d'accueil de l'unité satellite du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable (de trois à six jours de traitement par semaine) ;

- La poursuite de travaux de réorganisation du travail en hémodialyse : enrichissement de la tâche des préposés aux bénéficiaires pour libérer l'infirmière de tâches techniques ;

- Les travaux préparatoires au développement de l'hémofiltration aux soins intensifs du CHRTR ;

- La mise en place de la dialyse à domicile (dialyse nocturne) ;

- La poursuite des travaux en vue de l'implantation en 2008-2009 d'une clinique d'insuffisance rénale au sein des CSSS de l'Énergie, d'Arthabaska-et-de-l'Érable et Drummond ;

- La prévision d'une surface au centre ambulatoire du CSSS de l'Énergie pour accueillir éventuellement dix postes de travail selon l'évolution des besoins.

Évolution du volume de la clientèle CHRTR	2007-2008	2006-2007
Hémodialyse hospitalière	163 patients	166 patients
Hémodialyse semi-autonome	11 patients	11 patients
Dialyse péritonéale	30 patients	30 patients
Clinique d'insuffisance rénale	S. O.	S. O.
Clinique d'insuffisance rénale stades I-II-III	356 patients	343 patients
Clinique d'insuffisance rénale stades IV-V	85 patients	91 patients
Hémodialyse à domicile	4 patients	S. O.

CSSS Drummond	2007-2008	2006-2007
Hémodialyse en unité satellite	40 patients	38 patients

CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	2007-2008	2006-2007
Hémodialyse en unité satellite	35 patients	33 patients

Le diabète

L'entente conclue avec la compagnie GlaxoSmithKline pour déployer le projet PRIISME diabète vise particulièrement les clientèles vulnérables atteintes de maladies chroniques. Dans une optique de promotion de saines habitudes de vie et d'autonomisation, il permet de mieux dépister, traiter et outiller les personnes atteintes de diabète et de prédiabète dans la région.

Les résultats atteints en 2007-2008 sont :

- L'hébergement sur le site Internet de l'Agence d'un outil d'enseignement comprenant neuf modules, une liste des ressources pour les personnes atteintes du diabète, le mode de distribution de ces modules et un plan d'enseignement. Des outils d'enseignement dérivés dédiés aux médecins et autres intervenants pour faciliter leur enseignement sont également disponibles ;

- Le suivi assuré auprès des CSSS afin que les médecins et autres intervenants impliqués dans l'enseignement du diabète utilisent l'outil d'enseignement pratique ;

- Les interventions par GlaxoSmithKline auprès des groupes de médecine de famille et des cliniques médicales pour sensibiliser les médecins et les infirmières à l'importance d'utiliser l'outil d'enseignement et à l'existence d'outils dérivés pour faciliter leur enseignement.

Les projets pilotes cliniques musculo-squelettiques

Afin d'améliorer l'accès aux services requis pour la clientèle présentant des problèmes musculo-squelettiques, l'Agence soutient la mise en place de deux projets pilotes. Un premier projet est amorcé au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et un second projet est en élaboration au CHRTR.

- Des indicateurs définis conjointement par l'Agence et les établissements visent à mesurer, entre autres, l'impact de ces cliniques sur l'accessibilité aux services (réduction des délais d'attente) et sur le soutien qu'elles apportent aux spécialistes grâce à la collaboration d'une équipe interdisciplinaire.

LE PROGRAMME ADMINISTRATION ET ET SOUTIEN AUX SERVICES

CHAPITRE 17

LES RESSOURCES HUMAINES RÉGIONALES

L'état de situation régionale de la main-d'œuvre

Comme partout au Québec et dans tous les pays industrialisés, notre région vivra, à partir de 2011, une diminution de la capacité de remplacement de la main-d'œuvre en raison des départs massifs à la retraite de la génération des *baby-boomers* et de la chute du taux de fécondité. Ce phénomène démographique aura pour conséquence le vieillissement et la raréfaction de la main-d'œuvre et la concurrence pour le recrutement des jeunes qui arrivent sur le marché du travail.

En concertation, l'Agence et les établissements de la région ont convenu d'une stratégie régionale d'actions complémentaires en planification de la main-d'œuvre qui identifie des actions régionales et locales concrètes et novatrices pour répondre aux enjeux de main-d'œuvre actuels et futurs de notre réseau régional. La Table régionale de planification de la main-d'œuvre a assuré le suivi de cette stratégie.

- Dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité, il a été convenu que chaque établissement produise un état de situation de sa main-d'œuvre.

  On constate, pour l'ensemble des établissements, des problèmes presque similaires en rétention et attraction du personnel et une certaine concurrence entre territoires ou régions. On relève aussi plusieurs initiatives pour faire face aux enjeux actuels et futurs. L'Agence a soutenu financièrement certaines initiatives locales à portée régionale, comme l'expérimentation d'une démarche de

fidélisation du personnel au CSSS de l'Énergie et la réalisation d'un sondage auprès des employés au CSSS de Trois-Rivières.

Les titres d'emplois les plus vulnérables sont en soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires), en réadaptation (orthophonistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes et techniciens en éducation spécialisée), en social (travailleurs sociaux, techniciens en assistance sociale et agents de relations humaines), en technique (radiologie médicale, médecine nucléaire, laboratoire et radio-oncologie) et pour les professionnels (pharmaciens, psychologues et biochimistes).

La promotion, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre

- L'Agence a représenté le réseau régional à six carrefours d'emploi regroupant une vingtaine de professions dans les maisons d'enseignement de Québec, Montréal et de la région. À ces occasions, plus de 150 candidatures ont été recueillies et transmises aux établissements.

- L'Agence, en collaboration avec les directions de ressources humaines des établissements de la région, a conçu et réalisé un tout premier *Salon des carrières et professions en santé et services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec* pour intéresser les jeunes des secondaires trois, quatre et cinq aux carrières dans notre réseau. Un concept d'animation innovateur permettait une interaction de qualité entre les jeunes et des professionnels de tous les secteurs et de tous les établissements.

  L'événement tenu à Drummondville en novembre 2007, sous le thème *Une carrière en santé ? Fais-le pour ton monde*, a accueilli plus de 1 700 visiteurs provenant de treize écoles secondaires du Centre-du-Québec et de la Mauricie. Le degré de satisfaction très élevé des jeunes, des enseignants, des conseillers d'orientation et des 200 professionnels participants a confirmé la pertinence et le succès de cette première.

- Une campagne de sensibilisation et d'information sur le potentiel d'emplois régionaux a été élaborée sous la thématique *On vous voit travailler en santé.*

  La campagne s'actualise à travers divers panneaux d'affichage sur les principaux axes routiers de la région, les neuf hebdos régionaux du groupe Transcontinental, les quotidiens *Le Nouvelliste, La Presse, Le Soleil* et les supports Zoom Média à travers les principales maisons d'enseignement collégial et universitaire des régions périphériques de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- Afin de s'adapter aux nouvelles habitudes des chercheurs d'emploi d'aujourd'hui, une concertation entre les différentes directions des ressources humaines des établissements et l'Agence a permis de centraliser et de promouvoir les offres d'emploi régionales.

  Un site Internet convivial est entièrement consacré à l'affichage des emplois disponibles dans la région : www.travaillerensante.com. Ce site regroupe toutes les offres d'emploi de l'Agence, des CSSS, du CHRTR ainsi que des centres de réadaptation à mission régionale (Centre jeunesse, CSDI, InterVal et Domrémy).

  En consultant le site, le candidat peut postuler directement en ligne sur un emploi disponible ou encore déposer son CV dans une banque accessible aux établissements.

  Les offres d'emploi de *Travaillerensante.com* sont répliquées en ligne directement sur les sites informatiques d'Emploi-Québec et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Cette réplication est possible grâce à une application informatique développée par le service Infocentre de l'Agence.

- L'Agence est maintenant présente aux instances de concertation régionale en éducation et aux tables de concertation en formation professionnelle et technique, tant au Centre-du-Québec qu'en Mauricie. Dans le but de répondre aux besoins de main-d'œuvre régionaux, ces instances ont fait du secteur de la santé et des services sociaux une priorité.

- L'Agence, en collaboration avec les établissements de la région, a confié à une firme externe de communication la réalisation d'un sondage portant sur la motivation et la satisfaction au travail des employés du réseau. Les résultats permettront à la région de se doter d'une stratégie de communication au regard des principaux enjeux de main-d'œuvre, dont l'amélioration du recrutement et la rétention de la main-d'œuvre.

Le développement, le maintien des compétences et la relève

- Afin de favoriser le développement du personnel d'encadrement du réseau, l'Agence organise chaque année des activités de type « déjeuner-rencontre ». Deux

thèmes ont été abordés sous forme de conférence au cours de l'année :

- *La gestion des communications en contexte de changement* visant à soutenir le travail en réseau a permis de rejoindre 265 cadres de la région ;

- *Des pratiques éprouvées d'attraction et de rétention du personnel* visant à soutenir les bonnes pratiques de gestion a rejoint quelques 180 cadres du réseau.

- Un budget de 357 000 $ a été réparti cette année entre les établissements de la région en allocation de développement des compétences des cadres du réseau. Cette somme permet aux établissements de déployer des activités de soutien personnalisées auprès de son personnel.

- Pour une deuxième année consécutive, le MSSS a soutenu la transition de certains postes clés chez les cadres admissibles à la retraite par un financement de l'ordre de 250 000 $ pour trois projets de prolongation de carrière du personnel d'encadrement visant à préparer adéquatement la relève de ces cadres à l'intérieur d'une démarche planifiée de transfert des connaissances.

- Trois cohortes de finissants du programme de la relève des cadres, totalisant 120 récipiendaires, se sont vu remettre des diplômes, certificats et attestations de premier et de deuxième cycle en gestion et développement des organisations. Depuis le début du programme, parmi les candidats salariés, 23 ont obtenu un poste de cadre et neuf sont actuellement en intérim.

- L'Agence a collaboré intensivement aux travaux de la Table nationale sur la coordination des stages en vue de créer un outil informatique facilitant la gestion des stages qui allègera de façon significative la gestion de l'offre et de la demande pour l'ensemble des interlocuteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des milieux de l'enseignement.

  Afin d'encourager les étudiants de deuxième année à persister dans leur programme de formation professionnelle jusqu'à l'obtention de leur diplôme, l'Agence et les établissements ont convenu d'un cadre de référence portant sur les conditions essentielles et favorables à l'implantation et au soutien des programmes professionnels d'externat autorisés par les ordres professionnels. Ainsi, les établissements pourront intégrer dès le départ ces étudiants à leurs effectifs et s'assurer d'une meilleure rétention.

La formation en cours d'emploi et l'adaptation de la main-d'œuvre

- De façon à réduire les effets de la pénurie de psychiatres sur l'offre régionale de services, 20 % des médecins omnipraticiens de la région ont été formés, entre 2002 et 2006, pour intervenir auprès des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Un budget d'environ 793 000 $ a été consacré à cette mesure. L'évaluation réalisée en 2007 confirme que les médecins ayant reçu la formation suivent plus de patients et rendent davantage de services en santé mentale que ceux n'ayant pas suivi la formation.

- Afin d'appuyer les intervenants en santé mentale dans leur travail auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves, une formation de treize jours en soutien d'intensité variable a été dispensée à une première cohorte de 25 personnes.

- Une deuxième cohorte de six infirmières cliniciennes a suivi le programme de formation complet de 103 heures pour fins d'attestation à titre d'intervenant pivot en oncologie. Les six infirmières pivots issues de la première cohorte ont reçu en moyenne trente heures de formation continue en réponse aux besoins identifiés.

- L'Agence a soutenu, par un budget de plus de 285 000 $, un programme spécial de mise à jour d'une durée de huit semaines, suivi d'un programme d'adaptation personnalisé au travail visant à permettre une meilleure intégration des infirmières auxiliaires du CSDI replacées au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable.

- Une formation en hygiène et salubrité visant à contrôler les infections a permis de former huit formateurs en provenance des CSSS de la région. Ces personnes peuvent maintenant agir comme agent multiplicateur dans leur milieu respectif auprès de leurs pairs dans les établissements.

L'organisation du travail et la planification de la main-d'œuvre

La révision continue et en profondeur des processus de travail représente une des pistes de solutions concrètes pour réduire l'impact du manque de disponibilité de la main-d'œuvre sur la dispensation des services. Plusieurs projets d'organisation du travail d'envergure considérés à la fois novateurs et exportables sont présentement en cours de réalisation.

- L'ensemble des projets 2007-2008 de la région totalise près de 822 000 $ d'investissements non récurrents.

Établissement	Nom du projet
CSSS de Maskinongé	Création du réseau local de services et projet d'alignement contingent de l'organisation du travail
CSSS de Maskinongé	Projet pilote pour l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne
CHRTR	Projet clinique pour les clientèles atteintes d'insuffisance rénale et organisation du travail pour le Programme régional de néphrologie
CHRTR	Élaboration des orientations et finalités relevant de l'organisation du travail en interdisciplinarité, radio-oncologie
Tous les CSSS, le CHRTR, InterVal et le CSDI	Méthodes de soins informatisées pour optimiser l'organisation du travail du personnel infirmier
CSSS de Trois-Rivières	Projet d'enrichissement de la pratique infirmière en hébergement dans une perspective d'optimisation des ressources
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Projet d'implantation de la politique de la délégation de la vérification contenant-contenu des médicaments aux assistants techniques en pharmacie dans le cadre du projet SARDM
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Projet de révision des processus de travail dans les unités de soins de médecine et chirurgie en prévision de la saison estivale 2008

- La reconnaissance du baccalauréat en sciences infirmières vise l'optimisation du profil de compétences attendues de l'infirmière clinicienne sur le continuum de soins et de services lorsque la situation le requiert. L'Agence a signifié son appui formel à l'utilisation de l'expertise des infirmières cliniciennes dans plusieurs dossiers professionnels de pointe :
  - les infirmières cliniciennes pivots en cancérologie ;
  - les infirmières cliniciennes dédiées à la réponse téléphonique (Info-Santé) ;
  - les infirmières cliniciennes œuvrant au sein des GMF ;
  - les infirmières cliniciennes œuvrant en hébergement (1 infirmière par 100 lits).

  Au terme d'une démarche de quatre ans, au 31 mars 2008, l'Agence avait déboursé une somme récurrente de 129 600 $ pour la conversion de l'équivalent de quinze postes en titre d'emploi d'infirmières cliniciennes. L'Agence a ainsi financé l'écart de rémunération entre l'infirmière détentrice d'un diplôme collégial et l'infirmière détentrice d'un diplôme universitaire afin de soutenir les établissements dans leurs efforts de rehaussement des compétences de l'infirmière. Le pourcentage d'infirmières cliniciennes de la région est passé de 9,2 % en 2004 à 19,8 % en 2008.

- L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, en partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille, exerce des activités liées à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et au traitement des patients présentant un problème de santé courant ou une maladie chronique stable, ainsi qu'au suivi de grossesse.

  La région a obtenu douze bourses d'études de 60 000 $ du MSSS afin de développer cette pratique dans la région, et l'Agence s'est engagée au financement récurrent de douze postes titularisés.

  À la suite du projet pilote réalisé au CSSS de Maskinongé en vue d'un déploiement régional de cette nouvelle pratique, ce dernier accueillera officiellement le premier infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne de la région dans les premiers jours de l'exercice 2008-2009.

- Le projet de *Système automatisé et robotisé pour l'administration des médicaments,* qui représente un budget quinquennal global de plus de 5 750 000 $ auquel contribuent le MSSS, l'Agence et les établissements, permettra, tout en sécurisant le circuit du médicament, de réduire l'impact des pénuries de main-d'œuvre en pharmacie et en soins infirmiers.

La stratégie de mise en œuvre du plan quinquennal régional a commandé le déploiement de trois plans locaux et régionaux concertés :

- un plan de relève en pharmacie pour garantir l'accessibilité à des services comparables entre les territoires ;
- un plan d'organisation du travail sur le circuit du médicament pour optimiser l'utilisation des ressources ;
- un plan de modernisation du circuit du médicament pour soutenir une organisation du travail optimale et doter le réseau régional d'une infrastructure technologique adéquate.

Les mesures incitatives

Afin d'assurer une disponibilité de la main-d'œuvre et pour éviter certaines ruptures de services à la population, diverses mesures spéciales autorisées ont été mises en place dans la région.

- Une première mesure, mise en vigueur durant l'été 2007, visait les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les inhalothérapeutes. Trois primes supplémentaires ont été accordées : la prime de nuit a été doublée, une prime pour une deuxième fin de semaine consécutive de travail a été accordée ainsi qu'une prime pour un quart de travail supplémentaire. Pour cette mesure, la subvention du Ministère était de 471 600 $. L'Agence a ajouté un montant de 152 000 $ pour une subvention totale aux établissements de 623 600 $. La dépense réelle pour la région a été de 750 259 $. Les établissements ont donc apporté une contribution financière de 126 659 $.

- Une deuxième mesure, en vigueur depuis le 1er juillet 2007, visait les infirmières travaillant à l'urgence et aux soins intensifs du CHRTR, de l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie, de l'Hôpital Sainte-Croix et de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska. Une prime de 10 % du salaire a été accordée pour les infirmières du CHRTR et de 7 % pour les infirmières des CSSS. L'application de la mesure visait à l'origine la période estivale, mais elle a été prolongée pour une période indéfinie. On estime que les coûts seront d'environ 1 200 000 $ pour le Ministère et de 180 000 $ pour l'Agence.

- Une troisième mesure a permis au CSSS de l'Énergie et au CSSS de Trois-Rivières de recevoir chacun un forfait d'installation de 10 000 $ pour un nouveau pharmacien.

Les mesures de sécurité et de stabilité d'emploi

- Au 31 mars 2008, dans le cadre des activités de la stabilité d'emploi du personnel d'encadrement, trois cadres étaient inscrits dans un programme de préretraite et retraite et aucun en replacement.

- Au 31 mars 2008, dans le cadre des activités de la sécurité d'emploi du personnel salarié, sept personnes étaient inscrites au Service régional de la main-d'œuvre (SRMO) : deux préposés aux bénéficiaires et cinq infirmières auxiliaires.

  Le territoire du réseau local d'Arthabaska-et-de-l'Érable a été particulièrement actif. Suite à une révision de la dispensation des services à sa clientèle, le CSDI a inscrit 29 infirmières auxiliaires en sécurité d'emploi. Le plan de replacement du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable prévoit de replacer l'ensemble de ces infirmières auxiliaires, dont 25 étaient déjà replacées au 31 mars 2008.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Personnel du réseau et du Ministère**

Objectifs de résultats 2005-2010 Améliorer la gestion de la présence au travail.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [76] 2007-2008	Résultats [77] 2007-2008
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées	5,87	5,83	5,93

COMMENTAIRES

Le résultat 2007-2008 de 5,93 est la compilation des résultats des seize établissements de la région. L'année s'est terminée avec un écart de 0,10 % par rapport à la cible ministérielle. Six établissements ont atteint leurs cibles personnalisées, sept établissements ont un écart défavorable de moins de 10 % et trois établissements ont éprouvé plus de difficultés avec un écart défavorable de plus de 10 %.

Depuis les quatre dernières années, on constate une augmentation progressive d'année en année du ratio de l'assurance-salaire (2004-2005 : 5,41 %, 2005-2006 : 5,56 %, 2006-2007 : 5,83 % et 2007-2008 : 5,93 %), et ce, malgré un excellent suivi et un travail très professionnel des gestionnaires dans les établissements.

Les principaux facteurs d'influence pour l'assurance-salaire se divisent en deux groupes :

- Interne : les variables démographiques (sexe, âge, statut, secteur d'emploi, clinique et non clinique) ;
  la catégorie d'établissement (incluant l'impact des dernières fusions) ;
  la rareté des effectifs pour certains titres d'emploi (pression sur les employés, temps supplémentaire, etc.) ;
  le contexte de changement dans les pratiques jumelé à la pression sur la demande de services.

- Externe : des situations familiales difficiles (divorce, enfants, maladie d'un proche, budget, etc.) ;
  un rythme de vie très exigeant et rapide ;
  le contexte social et économique d'un territoire ;
  l'accessibilité médicale dans un territoire ou une sous-région.

Toutes les directions d'établissement sont sensibles et préoccupées par la non-disponibilité de cette main-d'œuvre, des impacts sur les budgets et sur la dispensation des services. L'enjeu de la main-d'œuvre et ses découlants prennent une place très importante dans les priorités des établissements et représentent le défi des prochaines années pour la dispensation des services à la population.

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES RÉGIONALES

Conformément au Plan stratégique régional, les efforts ont été principalement concentrés sur le Dossier de santé du Québec (DSQ) et l'accès à l'information clinique pour soutenir le continuum de soins.

- Dans le cadre de la mise en place des RLS et dans la perspective d'un continuum et d'un réseau de services intégrés à la population, le CHRTR et les huit CSSS de la région ont mis en place leur dossier clinique informatisé de façon à pouvoir accéder plus rapidement aux informations cliniques pour offrir des services de meilleure

[76] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[77] Résultats de la période 12, en date du 13 mai 2008 pour la main-d'œuvre indépendante (MOI) et du 23 avril 2008 pour les heures travaillées.

qualité et soutenir l'ensemble de leurs intervenants dans la dispensation de services.

Ainsi, avec l'autorisation de l'usager seulement, un établissement ou une clinique privée autorisée pourrait avoir accès, de façon sécuritaire, aux informations cliniques de l'usager contenues au dossier clinique informatisé. Cette possibilité d'accéder rapidement à l'information en temps réel permet d'offrir un meilleur service à la population et permet d'optimiser l'utilisation du temps dont disposent les intervenants.

De plus, afin d'améliorer la disponibilité et le temps d'accès aux résultats d'examens, une passerelle technologique a été mise en place pour permettre aux cliniques privées qui utilisent un dossier clinique informatisé de recevoir les résultats de laboratoire.

- Les établissements de la région ont participé activement à l'analyse préliminaire visant l'intégration des systèmes existants au projet du DSQ. Ainsi, les dossiers cliniques informatisés et les systèmes d'information des établissements de la région alimenteront le DSQ pour des domaines d'information prévus par la loi (ex. : laboratoire, radiologie et autres). Le DSQ ne contiendra qu'une partie de l'information clinique de l'usager, mais il permettra de visualiser cette information partout au Québec.

  Ainsi, le CSSS Drummond a été l'un des sites pilotes du Québec pour la mise en place de l'index patient maître d'établissement. Les CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et Drummond ont réalisé des travaux d'architecture technologique pour intégrer leur système d'imagerie radiologique au projet du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

  Tous les établissements de la région ont finalisé la normalisation de leur système d'information relativement à la vaccination, ce qui facilitera l'intégration au DSQ pour le domaine d'information du secteur de la santé publique.

- Depuis mars 2008, l'ensemble des services d'urgence de la région utilise le même système d'information de gestion (SIURGE). Ce système est un outil de support à l'organisation des services de l'urgence et à sa gestion. Le déploiement a été complété par la mise en place d'un « entrepôt » de données qui permet de suivre en temps réel l'état de situation des urgences et de fournir aux établissements les indicateurs de gestion nécessaires à leur prise de décision.

- Dans un souci d'économie et dans le cadre des projets d'optimisation des actifs informationnels, l'ensemble des établissements de la région s'est doté d'une même solution informatique pour les systèmes de gestion financière, de gestion de la paie, des ressources humaines et des approvisionnements.

  De par son envergure, les travaux prévus pour ce projet se répartissent sur une période de quatre ans.

  Les CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska et du Haut-Saint-Maurice sont les deux premiers établissements à avoir complété l'implantation des nouveaux systèmes au cours de l'année. L'implantation dans tous les établissements est prévue pour la fin 2009.

LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET IMMOBILIÈRES RÉGIONALES

Des investissements de 4 061 329 $ ont été alloués au renouvellement des équipements dans le cadre du maintien des actifs (équipement, mobilier, accessoires et autres) 2007-2008.

Dans le cadre du Programme de haute technologie, la région a reçu confirmation en 2007-2008 de neuf projets totalisant 9 257 000 $ pour ce programme. Deux annonces importantes ont souligné ce programme, soit le projet d'imagerie par résonance magnétique au CSSS de l'Énergie et le projet d'un tomographe à émission de positrons au CHRTR.

De plus, la région a investi plus de 305 000 $ pour s'assurer de l'achat de petits équipements dédiés aux soins infirmiers. Dans le cadre des mesures administratives mises en place durant la période estivale, le MSSS a annoncé que le réseau hospitalier de la région recevait un budget pour l'achat d'instruments et de petits appareils conçus pour supporter le travail des infirmières.

En 2007-2008, deux projets de construction majeurs ont reçu confirmation de subventions dédiées aux fonds des équipements et mobilier. Il s'agit du CSSS de l'Énergie qui s'est vu accorder un montant de 2 916 000 $ pour l'achat d'équipements reliés à son nouveau centre ambulatoire. Le CSSS de Maskinongé s'est vu octroyer pour sa part un montant de 837 000 $ pour acheter les équipements et mobilier pour son projet d'agrandissement de la Résidence Avellin-Dalcourt.

Dans le cadre de la mise en place du Plan régional sur l'organisation des services pharmaceutiques 2007-2012, le MSSS a accordé un premier montant de 737 405 $ pour l'achat de divers équipements tels des cabinets automatisés de médicaments, des chariots à médicaments ou des emballeuses-ensacheuses automatisées.

Enfin, le MSSS a accordé, dans le cadre du programme Achat d'équipements médicaux et des aides techniques nécessaires au soutien à domicile un montant de 1 033 624 $.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Gestion des bâtiments et des équipements**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

INDICATEURS	Résultats 2006-2007	Cibles [78] 2007-2008	Résultats [79] 2007-2008
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1,58	1,59	1,64

COMMENTAIRES

Les résultats 2007-2008 indiquent une augmentation de la consommation d'énergie telle que mesurée comparativement à l'année 2006-2007 et à la cible 2007-2008. Toutefois, elle se situe à la même hauteur que la cible 2006-2007.

Plusieurs facteurs contribuent à l'explication de cette augmentation. L'ajout d'espace climatisé (giga joules par mètre carré élevé), de même que l'ajout d'équipements dans certains établissements (ex. : climatiseur dans des espaces existants) ont fait augmenter la consommation d'énergie par mètre carré.

Rappelons que l'Agence a coordonné une démarche régionale qui a permis d'évaluer le potentiel d'économie d'énergie de l'ensemble des installations du réseau de la région. Les projets découlant de l'appel d'offres qui a suivi cette démarche en sont au stade de l'étude détaillée et non pas en implantation et/ou réalisés.

Lors de la détermination des cibles 2007-2008, l'Agence avait anticipé qu'une partie des économies qui y sont reliées seraient réalisées. L'Agence avait été optimiste quant à la date de mise en chantier de certains projets. Ceci avait ramené le niveau de la cible régionale à 1,59 comparativement à la cible 2006-2007 qui se situait à 1,64.

Le résultat réel de 1,64 reflète bien ce qui précède puisqu'il se situe au même niveau que la cible 2006-2007, soit le niveau attendu avant la mise en place des projets d'économie d'énergie. De plus, il permet de constater que l'augmentation des giga joules amenée par l'ajout d'équipements a été compensée par différents petits projets, ce qui se traduit par le maintien du niveau de consommation.

L'Agence prévoit que les études détaillées des projets devraient se terminer au cours de l'exercice 2008-2009. Ainsi, l'actualisation de plusieurs projets devrait débuter au cours du prochain exercice.

[78] Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
[79] Résultats en date du 13 mai 2008.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

CHAPITRE 18

L'Agence 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 (SOC), l'Agence apporte aux organismes communautaires un soutien financier en appui à la réalisation de leur mission globale, en complément à la contribution de la communauté. Deux autres objectifs complètent les actions portées par l'Agence, 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

L'Agence s'est dotée, le 16 novembre 2000, d'une *Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec* qui balise l'analyse des demandes de reconnaissance. En adoptant cette politique, elle s'est donné des orientations et un cadre de référence dans ses rapports de partenariat avec les organismes communautaires qui agissent dans le secteur de la santé et des services sociaux. La politique détermine clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, les caractéristiques définissant un organisme communautaire et introduit la notion de non-dédoublement des organismes sur un même territoire.

La reconnaissance comme organisme communautaire est préalable à l'obtention d'un soutien financier en mission globale, dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC).

En 2007-2008, un organisme a obtenu sa reconnaissance à titre d'organisme communautaire œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Le soutien financier

Les sommes dédiées aux organismes communautaires ont été attribuées en conformité avec les balises reconnues par le Programme SOC, les orientations ministérielles et régionales ainsi que par le Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Comme à chaque année, une attention particulière est portée à la reddition de comptes que doivent produire les organismes communautaires subventionnés. La procédure établie est la suivante :

- Un suivi des dossiers est effectué lors de la réception des demandes de subvention pour tous les organismes tenus d'expédier les documents de reddition de comptes ;
- Une lettre de rappel relativement à ces mêmes obligations est acheminée à la fin du mois de mars ;
- Une analyse des documents acheminés est réalisée afin de s'assurer de la conformité de l'organisme, en lien avec les exigences du programme ;
- Un avis est expédié aux organismes retardataires afin qu'ils se conforment aux obligations relatives à la reddition de comptes ;
- Une relance téléphonique est effectuée auprès des organismes concernés, si nécessaire.

Chaque organisme financé a fait l'objet d'un suivi relativement à ses obligations de reddition de comptes. De plus, deux organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier, compte tenu de problèmes ou difficultés rencontrés.

Pour l'année 2007-2008

L'Agence de la santé et des services sociaux reconnaît 223 ressources à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'Agence a alloué du financement à 213 groupes communautaires par le Programme SOC ainsi qu'à 24 organismes uniquement par ententes spécifiques. Ce sont donc 237 organismes communautaires qui ont été soutenus financièrement par l'Agence au cours de cette période.

PROGRAMMES-SERVICES	ORGANISMES FINANCÉS
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	**10**
Déficience intellectuelle	7
Troubles envahissants du développement	3
Déficience physique	**24**
Déficience physique	13
Déficiences multiples	11
Dépendances	**17**
Alcoolisme / toxicomanie et autres dépendances	13
Hébergement mixte	4
Jeunes en difficulté	**54**
Organismes de justice alternative	7
Maisons de jeunes	32
Autres ressources jeunesse	13
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2
Perte d'autonomie liée au vieillissement	**21**
Maintien à domicile	6
Centre d'action bénévole	15
Santé mentale	**29**
Santé mentale	29
Santé physique	**11**
Santé physique	10
Cancer	1
Santé publique	**47**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	18
Personnes démunies	26
VIH / Sida	3
Services généraux, activités cliniques et d'aide	**24**
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
Autres ressources pour hommes	4
Sous-total	**237**
Organismes financés exclusivement par ententes spécifiques	24
Nombre d'organismes financés au Programme SOC	**213**

L'AUGMENTATION DU BUDGET DESTINÉ AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le budget alloué aux organismes financés par l'Agence est passé de 27 848 685 $ au 1er avril 2007 à 28 496 065 $ au 31 mars 2008.

Le financement alloué en mission globale est passé de 23 736 138 $ à 25 099 678 $ en 2007-2008. Les montants alloués par ententes spécifiques sont passés de 4 112 547 $ à 3 396 387 $ pour la même période. Ainsi, 88 % du financement des organismes communautaires est alloué en mission globale en 2007-2008, comparativement à 85 % en 2006-2007.

Les investissements réalisés dans ce secteur pour l'année 2007-2008 ont été les suivants :

- Une indexation annuelle de 2,2 % a été octroyée aux groupes recevant un financement en mission globale (501 099 $) ainsi que par ententes spécifiques (62 355 $), pour un montant total de 563 454 $;

- Une somme de 384 629 $ (annualisée à 1 000 000 $ à compter de 2008-2009) a été versée dans l'enveloppe du Programme SOC. Ce montant a permis de rehausser le financement à la mission globale de 200 organismes communautaires ;

- Une allocation supplémentaire de 21 538 $ (annualisée à 56 000 $ à compter de 2008-2009) a été octroyée aux centres de jour en santé mentale ;

- Les maisons d'hébergement communautaire jeunesse se sont vu allouer un montant de 26 924 $ (annualisé à 70 000 $ à compter de 2008-2009). Ce financement supplémentaire permettra de consolider le financement de ces deux organismes ;

- La ressource le Centre Le Havre de Trois-Rivières a reçu un montant additionnel de 50 000 $ pour soutenir la mise en place du projet pilote du Centre national de coordination des urgences du Ministère ;

- Dans le cadre des orientations du MSSS pour contrer la violence conjugale faite aux femmes et venir en aide aux victimes d'agression sexuelle, des montants additionnels ont été octroyés aux maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence et leurs enfants (380 509 $ annualisé à 647 818 $ à compter de 2008-2009), les centres de femmes (103 256 $ annualisé à 167 297 $ à compter de 2008-2009) et les centres d'aide et de lutte aux agressions à caractère sexuel (34 751 $ annualisé à 59 574 $ à compter de 2008-2009).

Les allocations suivantes ont été faites sur une base non récurrente :

- Un montant de 116 375 $ a été réparti entre sept organismes pour mettre en place et assurer les services de supervision des droits d'accès afin de rendre accessibles aux familles les visites supervisées et les échanges de garde d'enfants ;

- Dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009, une somme totalisant 115 022 $ a été allouée à la consolidation des maisons de jeunes.

L'Agence apporte un soutien financier à la mission globale de 213 organismes communautaires, répartis dans 25 catégories. On estime à près de 15 000 le nombre de personnes impliquées dans la réalisation de la mission de ces groupes. Ces individus, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, permettent la réalisation d'activités diversifiées :

- Accueil, écoute, évaluation, soutien, aide, accompagnement et référence ;

- Mise en place et animation de groupes d'entraide ;

- Aide directe à la population (banques alimentaires, prêts de matériels, comptoirs vestimentaires) ;

- Réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques (prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements) ;

- Soutien à la réinsertion sociale ;

- 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) ;

- Concertation régionale des organismes communautaires.

Bilan des principales réalisations au Programme SOC :

- La poursuite des travaux sur la mise en œuvre de l'harmonisation des pratiques administratives du Programme SOC. Ces travaux permettent d'ajuster les pratiques

administratives de l'Agence en lien avec les décisions adoptées par le Comité sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire en santé et services sociaux (MSSS) ;

- L'Agence a contribué à la mise à jour et la rédaction du Plan communautaire en itinérance de Trois-Rivières et du Plan communautaire en itinérance de Drummondville. La diffusion de ces documents a permis la mise en œuvre du programme Initiative des partenariats de lutte contre l'itinérance, lancé par le gouvernement du Canada. Cette initiative contribue à la prévention et la réduction de l'itinérance en soutenant les régions ayant des problèmes d'itinérance graves. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce programme, douze projets ont pu être soutenus financièrement (six à Trois-Rivières et six à Drummondville) ;

- L'Agence a conduit des travaux, en collaboration avec les deux regroupements de maisons de jeunes du territoire, afin de statuer sur le développement de nouvelles maisons de jeunes pour la Mauricie et le Centre-du-Québec. Ces travaux ont permis de conclure qu'un nombre maximum de 34 maisons de jeunes seraient reconnues et soutenues financièrement par l'Agence ;

- Les liens de collaboration entre l'Agence et la TROC œuvrant en santé et services sociaux du Centre-du-Québec et de la Mauricie ont également contribué à la gestion efficiente du Programme SOC. Les échanges réguliers entre les deux instances et le travail réalisé conjointement en ce qui a trait aux modalités d'allocation des budgets de développement, au portrait de l'action communautaire sur le territoire ainsi qu'à la mise en place d'un programme de formation dédié aux organismes communautaires sont des exemples de ce partenariat.

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISME Maisons de jeunes	Budget total 2006-2007	Budget total 2007-2008	Variation
« L'Eau-vent » (maison de jeunes)	70 419 $	74 439 $	6 %
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	87 137 $	90 939 $	4 %
Carrefour jeunesse de Shawinigan	82 915 $	86 772 $	5 %
Comité liaison Adolescents-Parents	48 531 $	52 762 $	9 %
Défi-jeunesse du Haut-St-Maurice inc.	81 307 $	85 184 $	5 %
La Corporation de la Maison des jeunes « Action-Jeunesse » inc.	70 419 $	74 439 $	6 %
La Fréquence inc.	87 137 $	90 939 $	4 %
La maison de jeunes « Au bout du monde » de St-Paulin	70 419 $	73 238 $	4 %
La maison des jeunes Au cœur des montagnes	53 790 $	57 953 $	8 %
La Maison des jeunes de Plessisville inc.	78 392 $	82 307 $	5 %
La Traversée 12-18 ans inc.	78 975 $	82 883 $	5 %
L'Accueil jeunesse Grand-Mère inc.	82 915 $	86 772 $	5 %
L'Association des Groupes de jeunes des Hauts-Reliefs	53 790 $	57 953 $	8 %
Local Action jeunes	58 951 $	60 126 $	2 %
Maison de jeunes Le Transit	70 052 $	71 646 $	2 %
Maison de jeunes l'Éveil jeunesse de Louiseville inc.	78 976 $	82 884 $	5 %
Maison de quartier de Drummondville inc.	87 137 $	90 939 $	4 %
Maison des jeunes « La destination 12-17 » inc.	97 896 $	101 577 $	4 %
Maison des jeunes « Le Chakado »	40 048 $	44 391 $	11 %
Maison des jeunes de Bécancour	37 627 $	40 749 $	8 %
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban l'Index	76 331 $	80 274 $	5 %
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond	48 531 $	52 762 $	9 %
Maison des jeunes de Saint-Cyrille-de-Wendover	61 074 $	65 141 $	7 %
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud	48 531 $	52 762 $	9 %

ORGANISME	Budget total 2006-2007	Budget total 2007-2008	Variation
Maisons de jeunes (suite)			
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.	36 570 $	39 706 $	9 %
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain	36 570 $	39 706 $	9 %
Maison des jeunes de St-Germain	53 790 $	57 953 $	8 %
Maison des jeunes du Bas-St-François	52 933 $	57 107 $	8 %
Maison des jeunes la Forteresse	46 519 $	47 421 $	2 %
Partenaires 12-18/Érable	58 606 $	61 505 $	5 %
Partenaires Action jeunesse Mékinac	41 327 $	44 452 $	8 %
Trait d'union de Victoriaville	90 514 $	94 291 $	4 %
TOTAL :	**2 068 129 $**	**2 181 972 $**	**6 %**
Autres ressources jeunesse			
Centre social et récréatif St-Sacrement	14 000 $	14 308 $	2 %
Espace Bois-Francs	113 114 $	115 988 $	3 %
Espace Mauricie	121 604 $	124 664 $	3 %
Gentilly Transit jeunesse	30 372 $	33 473 $	10 %
Le refuge La Piaule du Centre-du-Québec inc.	147 527 $	151 158 $	2 %
Maison Marie-Rivier de Drummondville inc.	36 990 $	41 490 $	12 %
Organisme Centretien de Nicolet et régions	16 630 $	20 729 $	25 %
Point de rue	72 753 $	77 078 $	6 %
Répit jeunesse	72 753 $	75 877 $	4 %
Toit Jef inc.	72 217 $	75 348 $	4 %
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	72 217 $	75 348 $	4 %
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	72 217 $	75 348 $	4 %
Travailleurs de rue, information, prévention, sensibilisation du Rivage	61 426 $	64 698 $	5 %
TOTAL :	**903 820 $**	**945 507 $**	**5 %**
Cancer			
Amitié santé 04	33 045 $	37 273 $	13 %
TOTAL :	**33 045 $**	**37 273 $**	**13 %**
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse			
Maison Habit-Action de Drummondville inc.	314 288 $	336 811 $	7 %
Maison Raymond-Roy	314 288 $	336 811 $	7 %
TOTAL :	**628 576 $**	**673 622 $**	**7 %**
Alcoolisme - toxicomanie et autres dépendances			
Action toxicomanie Bois-Francs	65 853 $	69 067 $	5 %
Centre Adrienne-Roy Shawinigan inc.	107 204 $	80 270 $	-25 %
Centre de réadaptation Wapan	47 048 $	48 083 $	2 %

ORGANISME	Budget total 2006-2007	Budget total 2007-2008	Variation
Alcoolisme - toxicomanie et autres dépendances (suite)			
Centre d'entraide aux Rayons du soleil inc.	26 860 $	28 772 $	7 %
Centre L'Étape du bassin de Maskinongé inc.	65 853 $	69 067 $	5 %
La Relance Nicolet-Bécancour inc.	99 766 $	69 067 $	-31 %
Le Grand Chemin inc.	293 436 $	299 892 $	2 %
Maison « Réso » de la Mauricie	97 931 $	69 067 $	-29 %
Maison Carignan inc.	130 816 $	143 718 $	10 %
Maison de sobriété Trois-Rivières inc.	45 949 $	49 665 $	8 %
Maison du Lac	130 817 $	143 719 $	10 %
Pavillon de l'Assuétude	261 304 $	278 605 $	7 %
Unité Domrémy de Plessisville inc.	77 204 $	80 270 $	4 %
TOTAL :	**1 450 041 $**	**1 429 262 $**	**-1 %**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille			
Allaitement-Soleil	43 100 $	46 853 $	9 %
Association Parents-ressources des Bois-Francs	17 213 $	17 592 $	2 %
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.	59 309 $	65 850 $	11 %
F.A.I.R.E. (Familles d'appui et intervention pour un réseau d'entraide)	2 200 $	2 248 $	2 %
La Maison de la famille de Trois-Rivières inc.	30 167 $	44 885 $	49 %
Le Lien Maison de la famille	2 100 $	2 146 $	2 %
Le Rendez-vous familial inc.	2 100 $	2 146 $	2 %
Maison de la famille des Chenaux	14 313 $	14 628 $	2 %
Maison de la famille du bassin de Maskinongé	19 087 $	26 799 $	40 %
Maison de la famille du groupe d'entraide aux nouveaux parents	13 813 $	14 117 $	2 %
Maison de la famille, Drummond inc.	20 938 $	25 566 $	22 %
Maison des familles Chemin du Roi inc.	4 319 $	9 833 $	128 %
Maison des familles de l'Érable	15 113 $	19 445 $	29 %
Maison des familles du Rivage	4 300 $	4 395 $	2 %
Maternaide du Québec	63 661 $	67 406 $	6 %
RAFT (Réseau d'aide aux familles en transition) inc.	2 200 $	2 248 $	2 %
Ressource Parent-ailes	24 113 $	24 643 $	2 %
L'Association des familles monoparentales et/ou recomposées La Source inc.	0 $	15 000 $	100 %
TOTAL :	**338 046 $**	**405 800 $**	**20 %**
Déficience physique			
« La Source » Association des personnes handicapées du Haut-St-Maurice inc.	58 597 $	61 907 $	6 %
Association de paralysie cérébrale Région Mauricie et Centre-du-Québec	32 654 $	37 230 $	14 %
Association des personnes malentendantes de la Mauricie	16 630 $	20 729 $	25 %
Association des personnes malentendantes des Bois-Francs	34 814 $	36 080 $	4 %
Association des sourds de la Mauricie inc.	48 836 $	52 856 $	8 %
Association des sourds du Centre-du-Québec inc.	6 367 $	6 507 $	2 %
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie/Centre-du-Québec inc.	48 002 $	51 607 $	8 %
Association sourds, malentendants Centre-du-Québec inc.	25 000 $	28 799 $	15 %

ORGANISME	Budget total 2006-2007	Budget total 2007-2008	Variation
Déficience physique (suite)			
Centre pour handicapés physiques des Bois-Francs inc.	211 942 $	216 990 $	2 %
Coup de main Mauricie	83 057 $	87 248 $	5 %
H.S.I. Handicaps Soleil inc.	50 389 $	54 046 $	7 %
Handicap action autonomie Bois-Francs	67 851 $	71 039 $	5 %
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie	6 367 $	6 507 $	2 %
TOTAL :	**690 506 $**	**731 545 $**	**6 %**
Déficience intellectuelle			
Arche Mauricie inc.	332 475 $	340 174 $	2 %
Association des personnes déficientes intellectuelles secteur Provencher inc.	133 334 $	136 956 $	3 %
Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie	72 772 $	77 098 $	6 %
L'Association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	60 097 $	63 387 $	5 %
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	41 182 $	43 548 $	6 %
Parrainage civique Drummond inc.	67 855 $	71 043 $	5 %
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	49 319 $	52 990 $	7 %
TOTAL :	**757 034 $**	**785 196 $**	**4 %**
Déficiences multiples			
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	46 935 $	46 000 $	-2 %
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	81 661 $	84 669 $	4 %
Association des parents d'enfants handicapés du Centre-du-Québec inc.	36 792 $	40 436 $	10 %
Association des personnes handicapées de Drummond inc.	41 182 $	44 960 $	9 %
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour	50 509 $	54 165 $	7 %
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	80 244 $	83 270 $	4 %
Association Part-égale Normandie	60 586 $	63 869 $	5 %
Club Joie de vivre de la MRC de l'Érable inc.	61 243 $	64 518 $	5 %
L'alpha - Secteur des Chenaux	15 345 $	18 927 $	23 %
L'Association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	41 182 $	44 960 $	9 %
L'Évasion service de gardiennage et de répit	41 182 $	46 161 $	12 %
TOTAL :	**556 861 $**	**591 935 $**	**6 %**
Troubles envahissants du développement			
Autisme Centre-du-Québec	16 630 $	20 729 $	25 %
Autisme Mauricie	255 669 $	263 195 $	3 %
Centre de stimulation l'Envol	62 130 $	65 393 $	5 %
TOTAL :	**334 429 $**	**349 317 $**	**4 %**
Santé mentale			
Accalmie : Accompagnement et hébergement pour personnes suicidaires	278 300 $	284 423 $	2 %
Association de parents La Passerelle des territoires de CLSC Nicolet-Yasmaska et les Blés d'or	114 074 $	117 386 $	3 %

ORGANISME	Budget total 2006-2007	Budget total 2007-2008	Variation
Santé mentale (suite)			
Association des parents et amis du malade émotionnel du Centre-du-Québec inc.	152 476 $	156 482 $	3 %
Association Le P.A.S.	150 425 $	154 395 $	3 %
Atikamekw Sipi-Conseil de la Nation Atikamekw	11 431 $	11 682 $	2 %
Auto-Psy Mauricie	141 930 $	149 769 $	6 %
Centre de prévention suicide du Haut-Saint-Maurice	100 000 $	102 585 $	3 %
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond	125 651 $	128 800 $	3 %
Centre prévention suicide les Deux Rives	307 058 $	314 198 $	2 %
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie, Mékinac, inc.	133 812 $	137 141 $	2 %
Groupe d'entraide « L'Entrain »	148 824 $	157 354 $	6 %
Groupe d'entraide Facile d'accès	110 011 $	114 726 $	4 %
Groupe d'entraide La Lanterne	190 384 $	195 076 $	2 %
La Chrysalide, Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	302 711 $	312 832 $	3 %
La maison Le Réverbère inc.	328 615 $	339 213 $	3 %
La Ruche Aire-ouverte inc.	140 913 $	147 271 $	5 %
L'Avenue libre du bassin de Maskinongé inc.	113 823 $	120 173 $	6 %
Le Gyroscope du bassin de Maskinongé	96 845 $	99 936 $	3 %
Le Périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre-Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM)	140 229 $	144 014 $	3 %
Le Réseau de prévention suicide des Bois-Francs inc.	134 142 $	137 478 $	2 %
Le Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	59 448 $	60 756 $	2 %
Le Traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	184 910 $	196 166 $	6 %
Les Ateliers du second souffle	201 343 $	206 157 $	2 %
Les parents partenaires inc.	100 773 $	109 867 $	9 %
Panda Drummond	0 $	15 000 $	100 %
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	56 265 $	69 998 $	24 %
Réseau d'aide Le Tremplin inc.	476 112 $	494 728 $	4 %
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	334 863 $	342 230 $	2 %
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	109 973 $	112 392 $	2 %
TOTAL :	**4 745 341 $**	**4 932 228 $**	**4 %**
Centre d'action bénévole (CAB)			
Carrefour d'action communautaire du Haut-Saint-Maurice	113 481 $	117 395 $	3 %
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francs	242 072 $	249 510 $	3 %
Centre d'action bénévole de Grand-Mère inc.	139 138 $	143 729 $	3 %
Centre d'action bénévole de la MRC de Bécancour	197 266 $	202 727 $	3 %
Centre d'action bénévole de la Moraine	95 843 $	99 890 $	4 %
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	137 914 $	142 049 $	3 %
Centre d'action bénévole de l'Érable	143 773 $	148 343 $	3 %
Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	121 607 $	125 415 $	3 %
Centre d'action bénévole des Riverains	94 786 $	98 846 $	4 %
Centre d'action bénévole Drummond inc.	284 733 $	293 958 $	3 %
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	109 757 $	113 720 $	4 %
Centre d'action bénévole du Rivage	127 397 $	132 107 $	4 %
Centre d'action bénévole Laviolette	282 260 $	292 074 $	3 %

ORGANISME	Budget total 2006-2007	Budget total 2007-2008	Variation
Centre d'action bénévole (CAB) (suite)			
Centre d'action bénévole Mékinac	120 484 $	124 208 $	3 %
Le Centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	212 838 $	219 663 $	3 %
TOTAL :	**2 423 349 $**	**2 503 634 $**	**3 %**
Santé physique			
Association de la fibromyalgie Mauricie/Centre-du-Québec	29 418 $	33 693 $	15 %
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	29 418 $	33 693 $	15 %
Association des personnes aphasiques de la Mauricie	31 840 $	36 083 $	13 %
Association des traumatisés craniocérébraux, Mauricie/Centre du Québec	45 512 $	49 919 $	10 %
Diabète Bois-Francs	26 860 $	30 825 $	15 %
Épilepsie Mauricie/Centre-du-Québec	60 340 $	64 553 $	7 %
La fondation des traumatisés craniocérébraux Mauricie Bois-Francs inc.	49 662 $	50 755 $	2 %
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	199 507 $	211 511 $	6 %
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Mauricie	40 320 $	44 452 $	10 %
Société Parkinson Mauricie/Centre-du-Québec inc.	31 975 $	36 559 $	14 %
TOTAL :	**544 852 $**	**592 043 $**	**9 %**
Personnes démunies			
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	105 118 $	108 162 $	3 %
Carrefour d'entraide Drummond inc.	98 900 $	102 903 $	4 %
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	53 064 $	57 053 $	8 %
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	55 010 $	60 219 $	9 %
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	31 485 $	35 390 $	12 %
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	54 056 $	59 277 $	10 %
Centre du Plateau Laval	75 039 $	80 610 $	7 %
Comptoir alimentaire Drummond inc.	56 148 $	59 490 $	6 %
Ebyôn	37 265 $	41 094 $	10 %
Entraide Bécancour inc.	0 $	15 000 $	100 %
Fonds communautaire des Chenaux	56 084 $	60 217 $	7 %
La Maison de l'Abondance	35 001 $	37 738 $	8 %
La Sécurité alimentaire	52 366 $	55 757 $	6 %
La Tablée populaire	53 289 $	58 109 $	9 %
La Tablée populaire Shawinigan inc.	53 115 $	56 496 $	6 %
L'Entre-aide de Louiseville	38 668 $	42 662 $	10 %
Les Artisans bénévoles de la paix en Mauricie inc.	40 000 $	44 460 $	11 %
Les Cuisines collectives des Bois-Francs	94 817 $	97 653 $	3 %
Ludolettre	45 135 $	50 063 $	11 %
Maison Coup de pouce T.R.	35 811 $	40 860 $	14 %
Moisson Mauricie/Centre-du-Québec	83 363 $	87 035 $	4 %
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	55 275 $	59 162 $	7 %
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	67 945 $	68 190 $	0 %
Regroupement des cuisines collectives de Francheville	84 205 $	87 179 $	4 %
Regroupement pour la défense des droits sociaux (R.D.D.S.) de la région de Nicolet inc.	2 100 $	2 146 $	2 %

ORGANISME	Budget total 2006-2007	Budget total 2007-2008	Variation
Personnes démunies (suite)			
Ressource Aide alimentaire	44 789 $	48 519 $	8 %
TOTAL :	**1 408 048 $**	**1 515 444 $**	**8 %**
Assistance et accompagnement - Centres téléphoniques			
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, Mauricie et Centre-du-Québec	203 545 $	0 $	-100 %
TOTAL :	**203 545 $**	**0 $**	**-100 %**
VIH/SIDA			
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	105 698 $	108 735 $	3 %
Maison Re-Né inc.	205 565 $	217 249 $	6 %
Sidaction (Trois-Rivières) inc.	81 404 $	84 758 $	4 %
TOTAL :	**392 667 $**	**410 742 $**	**5 %**
Hébergement mixte			
Centre Le Havre de Trois-Rivières inc.	369 539 $	457 692 $	24 %
Pro-Anawim	428 774 $	457 074 $	7 %
Ensoleilvent	307 020 $	305 177 $	-1 %
Maison de Transition de la Batiscan	306 241 $	316 315 $	3 %
TOTAL :	**1 411 574 $**	**1 536 258 $**	**9 %**
Concertation et consultation générale			
Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	109 369 $	113 731 $	4 %
TOTAL :	**109 369 $**	**113 731 $**	**4 %**
Maintien à domicile			
Association des personnes aidantes naturelles de Mékinac	5 000 $	15 000 $	200 %
La Société Alzheimer de la Mauricie	652 124 $	652 124 $	0 %
L'Association des aidants naturels et aidantes naturelles du bassin de Maskinongé « Mains tendres »	40 917 $	44 698 $	9 %
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	48 262 $	51 947 $	8 %
Résidence « Entre-Deux »	816 000 $	0 $	-100 %
Société Alzheimer du Centre-du-Québec	130 780 $	143 682 $	10 %
Soutien à domicile des Chenaux	20 000 $	20 000 $	0 %
TOTAL :	**1 713 083 $**	**927 451 $**	**-46 %**

ORGANISME	Budget total 2006-2007	Budget total 2007-2008	Variation
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté			
La maison La Nacelle	477 031 $	542 538 $	14 %
La Rose des vents de Drummond inc.	487 266 $	552 763 $	13 %
La Séjournelle (maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfants)	487 266 $	552 763 $	13 %
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.	507 736 $	573 213 $	13 %
Le Toit de l'Amitié	487 266 $	552 763 $	13 %
Maison « de Connivence » inc.	487 266 $	552 763 $	13 %
Maison d'hébergement La Volte-Face	487 266 $	552 763 $	13 %
TOTAL :	**3 421 097 $**	**3 879 566 $**	**13 %**
Centres de femmes			
Centre de femmes de Shawinigan inc.	146 600 $	161 962 $	10 %
Centre de femmes L'Héritage	139 241 $	158 546 $	14 %
Centre de femmes Parmi elles	139 245 $	158 548 $	14 %
Femmes de Mékinac	131 011 $	154 292 $	18 %
La maison des femmes des Bois-Francs	143 003 $	160 338 $	12 %
Le collectif des femmes de Nicolet et région	139 245 $	158 548 $	14 %
Maison des femmes de Drummondville	149 358 $	163 151 $	9 %
TOTAL :	**987 703 $**	**1 115 385 $**	**13 %**
Autres ressources pour femmes			
Centre de santé des femmes de la Mauricie	464 814 $	475 425 $	2 %
TOTAL :	**464 814 $**	**475 425 $**	**2 %**
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)			
Centre d'aide Aqua-R-Elle	93 566 $	100 412 $	7 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	242 448 $	248 167 $	2 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du Centre-de-la-Mauricie/Mékinac	46 860 $	81 562 $	74 %
La Passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	217 331 $	222 497 $	2 %
TOTAL :	**600 205 $**	**652 638 $**	**9 %**
Ressources pour hommes			
Chez-nous Entre-hommes	37 090 $	42 123 $	14 %
Halte Drummond	125 034 $	128 170 $	3 %
Homme alternative	125 034 $	128 170 $	3 %
L'Accord Mauricie inc.	149 176 $	152 843 $	2 %
TOTAL :	**436 334 $**	**451 306 $**	**3 %**

ORGANISME **Organismes de justice alternative**	Budget total 2006-2007	Budget total 2007-2008	Variation
Aux trois pivots	404 034 $	413 308 $	2 %
Commun accord, organisme de justice alternative	175 677 $	179 927 $	2 %
Départ jeunesse inc.	120 722 $	123 763 $	3 %
L'Alter-égaux, organisme de justice alternative	61 691 $	64 960 $	5 %
Organisme de justice alternative la Volteface	220 833 $	226 076 $	2 %
Pacte Bois-Francs inc.	177 100 $	181 381 $	2 %
Ressources alternatives Maskinongé	66 160 $	69 370 $	5 %
TOTAL :	**1 226 217 $**	**1 258 785 $**	**3 %**
GRAND TOTAL :	**27 848 685 $**	**28 496 065 $**	**2 %**

LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU

CHAPITRE 19

LES AUTORISATIONS D'EMPRUNT ACCORDÉES AUX ÉTABLISSEMENTS

Au cours de l'exercice financier 2007-2008, deux établissements de la région ont eu recours à des emprunts temporaires autorisés par l'Agence et le MSSS (deux en 2006-2007). Les montants autorisés au 31 mars 2008 sont reflétés au tableau à la page suivante.

Le montant total des autorisations d'emprunt temporaire accordé aux établissements publics au 31 mars 2008 pour les dépenses courantes de fonctionnement représente 4,04 % (3,86 % au 31 mars 2007) du total des budgets bruts de fonctionnement des établissements publics de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les dépenses en immobilisations constituent, quant à elles, 0,19 % (0,32 % au 31 mars 2007).

Selon le cadre de gestion amendé le 20 mai 2005, il n'y a pas de maximum régional en ce qui a trait aux emprunts reliés aux dépenses courantes de fonctionnement. Celles-ci étant dorénavant sous la gestion du Ministère. Quant au maximum régional pour les dépenses en immobilisations, il s'élève à 5 079 000 $. La région respecte ce maximum en ce qui concerne cette catégorie.

Montant totaux pour chacun des types et catégories d'emprunt	31 mars 2008		31 mars 2007
	Emprunts autorisés	Emprunts utilisés	Emprunts autorisés
Reliés aux dépenses courantes de fonctionnement			
Équilibre budgétaire	30 893 000	23 024 422	23 835 000
Traitement différé			450 000
Ajustement régional	187 000	187 000	115 000
Désinstitutionnalisation (note 1)	1 300 000	300 000	4 800 000
	32 380 000	**23 511 422**	**29 200 000**
Reliés aux dépenses en immobilisations			
Projets autofinancés	753 277	693 892	1 182 677
Projets financés par les activités accessoires	750 476	419 700	1 269 424
	1 503 753	**1 135 542**	**2 452 101**
	33 883 753	**24 625 014**	**31 652 101**

Note 1 : Financement des coûts de transformation reliés à l'intégration dans la communauté des usagers de l'Hôpital Saint-Julien

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS

Établissements	2007-2008		2006-2007	
	Financement de l'Agence	Résultats	Financement de l'Agence	Résultats
CSSS				
du Haut-Saint-Maurice	25 768 169	24 954	24 508 680	12 253
de l'Énergie	120 364 386	23 477	113 039 429	21 219
de Maskinongé	23 353 535	4 957	22 241 044	411 603
de Trois-Rivières	79 364 426	584 670	73 174 475	675
de la Vallée-de-la-Batiscan	19 980 710	164 092	18 819 967	179 841
de Bécancour–Nicolet-Yamaska	44 332 433	21 294	42 228 662	53 028
Drummond	105 480 423	527 412	98 677 117	10 341
d'Arthabaska-et-de-l'Érable	106 883 904	0	104 810 949	13 609
	525 527 986	**1 350 856**	**497 500 323**	**702 569**
Centre hospitalier				
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	**149 995 387**	**0**	**140 920 259**	**0**
Centres de réadaptation et CJ				
Centre jeunesse	50 926 076	95 157	47 860 087	154 618
Centre de réadaptation InterVal	15 709 927	30 584	14 787 359	18 413
Centre de services en déficience intellectuelle	51 219 617	6 044	48 657 117	539 317
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	5 621 461	81 392	5 671 259	99 925
	123 477 081	**213 177**	**116 975 822**	**812 273**
Privés conventionnés				
Foyer Saints-Anges de Ham-Nord	1 538 892	0[2]	1 410 439	0[2]
Vigi Santé Itée (CHSLD Vigi Les Chutes)	4 559 354	0[2]	4 232 508	0[2]
	6 098 246	**0**	**5 642 947**	**0**
Cible déficitaire régionale autorisée		(3 528 275)		(3 528 275)[1]
	805 098 700	**(1 964 242)**	**761 039 351**	**(2 013 433)**

[1] Pour fins de comparaison, la cible déficitaire de 3 528 275 $ a été exclue des résultats d'Arthabaska-et-de-l'Érable pour 2006-2007.

[2] Les résultats des privés conventionnés n'étant pas consolidés dans les paramètres gouvernementaux, aucun résultat n'est considéré dans ce tableau.

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

CHAPITRE 20

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

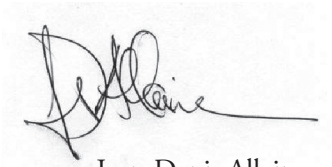
Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus 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 comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.



Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

Manon Duchesne
Directrice des services
administratifs et de la qualité

LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

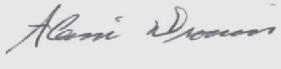
Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec au 31 mars 2008 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 21 mai 2008. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Pour le Vérificateur général du Québec,



Alain Drouin, CA
Vérificateur général adjoint

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Résultats du fonds d'exploitation et des activités accessoires de l'exercice terminé le 31 mars 2008

		Activités principales		Activités accessoires	
PRODUITS		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
Subventions MSSS :					
- Budget signifié	01	10 530 632	10 229 845	271 000	155 784
- (Diminution) ou augmentation du financement	02	46 253	18 227		
- Variation des revenus reportés - MSSS	03	7 255	81 377	51 147	(3 023)
Total (L. 01+ L.03)	04	10 584 140	10 329 449	322 147	152 761
Revenus d'intérêts	05	49 368	49 570	2 083	
Revenus commerciaux	06				
Revenus d'autres sources :					
- Contributions de l'avoir propre	07	53 357			
- Contributions de fonds affectés	08	58 050	35 459		
- Contributions du fonds des activités régionalisées	09				
- Autres	10	839 471	693 906	100 000	
TOTAL (L.04 à L.10)	11	11 584 386	11 108 384	424 230	152 761
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS					
Charges d'exploitation :					
- Salaires - personnel cadre	12	1 020 503	863 627		
- Salaires - personnel autre	13	5 345 330	5 006 774	46 774	51 994
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	14	226 853	159 842		
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	15	1 065 434	1 022 824	8 576	6 800
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	16	25 320	197 975		
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	17	357 469	209 972	1 813	565
- Charges sociales - personnel cadre	18	118 202	93 488		
- Charges sociales - personnel autre	19	708 214	651 716	5 897	6 641
	20				
- Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A. (act.princ.	21	284 065	263 769	1 958	3 690
- Services achetés	22	897 965	817 944	18 827	7 267
- Communications	23	184 740	197 261	9 685	11 563
- Loyer	24	778 230	813 397		
- Location d'équipement	25	52 133	56 217		
- Fournitures de bureau	26	104 257	98 745	700	14 241
- Autres frais et transfert à des établissements	27	261 693	237 265	330 000	50 000
- Charges non réparties - autres	28		210 821		
- Transfert de frais généraux	29	(6 038)	(2 080)		
- Charges extraordinaires	30				
Total des charges d'exploitation (L.12 à L.30)	31	11 424 370	10 899 557	424 230	152 761
Dépenses d'immobilisations	32	160 016	208 452		
TOTAL (L.31 + L.32)	33	11 584 386	11 108 009	424 230	152 761
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.11 - L.33)	34	-	375	-	-

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Résultats du fonds des activités régionalisées de l'exercice terminé le 31 mars 2008

		Exercice courant $	Exercice précédent $
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	4 891 789	3 134 162
Variation des revenus reportés - Crédits régionaux	02	(39 325)	
Contributions des établissements	03	109 012	29 170
Revenus d'intérêts	04	20 310	8 852
Contributions du fonds d'exploitation	05	10 551	
Contributions de fonds affectés	06	1 335 516	2 907 882
Revenus d'autres sources	07	701 246	237 026
Total (L.01 à L.07)	08	7 029 099	6 317 092
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Charges d'exploitation :			
- Salaires - personnel cadre	09	58 568	80 693
- Salaires - personnel autre	10	981 227	751 413
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	11	7 931	23 323
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	12	180 401	142 295
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	13	3 272	824
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	14	57 381	55 859
- Charges sociales - personnel cadre	15	7 867	11 212
- Charges sociales - personnel autre	16	136 132	104 757
- Frais de déplacement et d'inscription	17	102 486	69 431
- Services achetés	18	2 110 095	1 286 774
- Communications	19	571 975	95 520
- Loyer	20	99 956	105 234
- Location d'équipement	21	7 093	5 334
- Fournitures de bureau	22	54 307	14 704
- Autres frais	23	573 310	1 126 580
- Transferts de frais généraux	24	6 038	2 080
- Contributions au fonds d'exploitation	25		
- Contributions à des fonds affectés	26		
- Autres	27	13 669	
Total des charges d'exploitation (L.09 à L.27)	28	4 971 708	3 876 033
Dépenses d'immobilisations	29	252 766	581 840
TOTAL (L.28 + L.29)	30	5 224 474	4 457 873
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 - L.30)	31	1 804 625	1 859 219

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Solde de fonds du fonds d'exploitation de l'exercice terminé le 31 mars 2008

		Fonds d'exploitation			
		Activités principales		Avoir propre	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	243 430	30 533	309 219	278 816
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02		375		
Régularisations - analyse financière	03	108			
	04				
Régularisations - autres	05	11 777	243 055		
	06				
Libération de surplus	07			209 287	30 403
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds :					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11				
- Fonds des activités régionalisées	12				
Autres	13				
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	11 885	243 430	209 287	30 403
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16				
Régularisations - analyse financière	17	34 250	130		
	18				
Régularisations - autres	19	577			
	20				
Libération de surplus	21	209 287	30 403		
Autres	22			53 357	
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	244 114	30 533	53 357	-
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	(232 229)	212 897	155 930	30 403
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	11 201	243 430	465 149	309 219

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Solde de fonds des fonds d'immobilisations et des activités régionalisées de l'exercice terminé le 31 mars 2008

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	5 455 694	4 797 200	2 221 286	350 147
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02			1 804 625	1 859 219
Régularisations - analyse financière	03				
	04				
Régularisations - autres	05			43 081	24 665
	06				
Libération de surplus	07				
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds :					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08	160 016	208 452		
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11	19 519	28 484		
- Fonds des activités régionalisées	12	252 766	581 840		
Autres	13				
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	432 301	818 776	1 847 706	1 883 884
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16				
Régularisations - analyse financière	17				
	18				
Régularisations - autres	19	103 033	160 282	509 787	12 745
	20				
Libération de surplus	21				
Autres	22				
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	103 033	160 282	509 787	12 745
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	329 268	658 494	1 337 919	1 871 139
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	5 784 962	5 455 694	3 559 205	2 221 286

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Bilan du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées au 31 mars 2008

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF					
À court terme					
Encaisse	01	1 090 693	1 729 658	1 256 508	354 180
Débiteurs : - MSSS	02	71 150	125 169	1 148 950	1 082 914
- Établissements	03	10 289		21 052	29 170
- Fonds d'exploitation	04			10 551	
- Fonds des act. régionalisées	05				
- Fonds affectés	06	4 664	4 375	2 097 934	1 672 110
- Autres	07	216 543	53 118	174 601	95 088
Intérêts courus	08	3 528		1 849	
Taxes à recevoir	09	113 236	68 171	159 154	82 774
Charges payées d'avance	10	67 072	72 455	109 942	102 693
Autres éléments	11	86 478	68 062		
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.11)	12	1 663 653	2 121 008	4 980 541	3 418 929
Autres éléments d'actif	13	250	250		
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 + L.13)	14	1 663 903	2 121 258	4 980 541	3 418 929
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15			62 762	469 630
Emprunts de banque	16				
Créditeurs : - MSSS	17				
- Établissements	18	108 556		6 797	7 252
- Fonds d'exploitation	19				
- Fonds des activités régionalisées	20	10 551			
- Fonds affectés	21	4 346			
- Autres	22	898 956	1 323 421	744 866	264 974
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	23	509	35 905		
Autres revenus reportés	24	164 635	209 283	606 911	455 787
Autres éléments	25				
Total - Passif à court terme (L.15 à L.25)	26	1 187 553	1 568 609	1 421 336	1 197 643
À long terme	27				
TOTAL DU PASSIF (L.26 + L.27)	28	1 187 553	1 568 609	1 421 336	1 197 643
SOLDE DE FONDS	29	476 350	552 649	3 559 205	2 221 286
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	1 663 903	2 121 258	4 980 541	3 418 929

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Bilan du fonds d'immobilisations au 31 mars 2008

		Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF	01		
	02		
Immobilisations	03	5 784 962	5 455 694
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.03)	04	5 784 962	5 455 694
PASSIF			
À court terme			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07		
	08		
À long terme	09		
TOTAL DU PASSIF (L.05 À L.09)	10	-	-
SOLDE DE FONDS	11	5 784 962	5 455 694
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	5 784 962	5 455 694

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2008

ACTIF		Exercice courant $	Exercice précédent $
Encaisse	01	2 185 908	2 417 793
Débiteurs : - MSSS	02	62 530 707	44 475 371
- MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	03	163 893	94 879
- Établissements	04	14 178 314	9 690 996
- Fonds d'exploitation	05	4 346	
- Fonds des activités régionalisées	06		
- Taxes à recevoir	07	46 305	31 942
- Autres	08	376 219	417 246
Intérêts courus	09	7 515	
Autres éléments	10	503 728	38 916
Total - Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	79 996 935	57 167 143
À long terme - Compte à recevoir MSSS - Enveloppes décentralisées	12	81 388 041	86 409 158
TOTAL DE L'ACTIF (L.11 + L.12)	13	161 384 976	143 576 301
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	14	965 760	850 356
Emprunts de banque	15	14 226 118	9 690 745
Intérêts sur emprunts à payer	16	163 603	89 396
Créditeurs et charges à payer :			
- Établissements	17	50 952 533	37 377 720
- Organismes	18		21 038
- Fonds d'exploitation	19	4 664	4 375
- Fonds des activités régionalisées	20	2 097 934	1 672 110
- Autres	21	1 571 835	1 486 016
Subventions reportées	22	108 422	297 834
Revenus reportés MSSS et Crédits régionaux	23	69 600	
Autres éléments	24	396 571	
Total - Passif à court terme (L.14 à L.24)	25	70 557 040	51 489 590
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	26	81 388 041	86 409 158
TOTAL DU PASSIF (L.25 + L.26)	27	151 945 081	137 898 748
SOLDE DE FONDS	28	9 439 895	5 677 553
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.27+L.28)	29	161 384 976	143 576 301

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Solde de fonds combiné des fonds affectés au 31 mars 2008

		Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE DU DÉBUT	01	5 677 553	7 648 279
Ajustements	02	1 023 918	1 738 919
Récupération par le Ministère	03		
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 à L.03)	04	6 701 471	9 387 198
AUGMENTATION **Provenance :**			
MSSS	05	70 566 947	50 693 173
Crédits régionaux	06	943 403	4 364 629
Variation des revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	07	120 484	
Subvention pour intérêts sur emprunts	08	296 684	186 299
Revenus d'intérêts	09	95 862	130 625
Contributions du fonds d'exploitation	10	1 589	
Contributions du fonds des activités régionalisées	11		
	12		
Autres	13	12 690 586	13 092 649
TOTAL (L.05 à L.13)	14	84 715 555	68 467 375
DIMINUTION **Attributions :**			
- Établissements	15	40 689 994	31 944 024
- Organismes	16	113 580	101 551
Intérêts sur emprunts	17	296 684	186 299
Contributions au fonds d'exploitation	18	58 050	35 459
Contributions au fonds des activités régionalisées	19	1 335 516	2 907 882
	20		
Charges d'exploitation :			
- Salaires	21	182 672	254 180
- Avantages sociaux	22	36 586	43 410
- Charges sociales	23	23 423	31 916
- Frais de déplacement et d'inscription	24	4 771	203
- Services achetés	25	425 879	506 118
- Location d'équipement	26	10 946	
- Fournitures de bureau	27	15 650	9 147
- Autres charges d'exploitation	28	94 856	210 241
Dépenses d'immobilisations	29	19 519	28 484
Autres	30	38 669 005	35 918 106
TOTAL (L.15 à L.30)	31	81 977 131	72 177 020
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.14 – L.31)	32	9 439 895	5 677 553

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés immobilisations et équipements au 31 mars 2008

		Fonds des immobilisations		Fonds des équipements	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	2 939 363	3 234 595	1 397 365	2 782 395
Ajustements	02			794 261	1 663 973
Récupération par le Ministère	03				
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 à L.03)	04	2 939 363	3 234 595	2 191 626	4 446 368
PROVENANCE					
MSSS	05	23 921 032	17 252 164	21 121 056	14 075 511
Crédits régionaux	06				
Variation des revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	07				
Subvention pour intérêts sur emprunts	08	176 491	88 069	120 193	98 230
Revenus d'intérêts	09	24 199	25 610		
Contributions du fonds d'exploitation	10				
Contributions du fonds des activités régionalisées	11				
Contributions d'autres fonds affectés	12				
Autres	13	14 889	1 055	5 240 096	5 439 354
Total (L.05 à L.13)	14	24 136 611	17 366 898	26 481 345	19 613 095
ATTRIBUTIONS					
Établissements	15	22 198 578	17 446 095	18 320 740	14 137 862
Organismes	16				
Intérêts sur emprunts	17	176 491	88 069	120 193	98 230
Contributions au fonds d'exploitation	18	58 050	35 459		
Contributions au fonds des activités régionalisées	19			1 335 516	2 907 882
Contributions à d'autres fonds affectés	20				
Charges d'exploitation :					
- Salaires	21				
- Avantages sociaux	22				
- Charges sociales	23				
- Frais de déplacement et d'inscription	24				
- Services achetés	25	76 531	65 842	56 428	78 770
- Location d'équipement	26				
- Fournitures de bureau	27				
- Autres charges d'exploitation	28				
Dépenses d'immobilisations	29				
Autres	30	435 659	26 665	5 240 096	5 439 354
Total (L.15 à L.30)	31	22 945 309	17 662 130	25 072 973	22 662 098
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.14 - L.31)	32	4 130 665	2 939 363	3 599 998	1 397 365

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Analyse de la provenance et de l'utilisation du fonds affectés services préhospitaliers d'urgence excluant « Télémétrie en soins préhospitaliers » au 31 mars 2008

		Exercice courant	Exercice précédent
		$	$
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	62 444	24 387
Ajustements	02	5 362	59 500
Solde du début après ajustements (L.01 + L.02)	03	67 806	83 887
PROVENANCE			
MSSS	04	19 936 296	18 969 149
Crédits régionaux	05	708 986	
Variation revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	06		
Revenus autonomes	07	7 036 600	7 004 585
Revenus d'intérêts	08	30 354	49 327
Autres	09	5 067	2 260
Total (L.04 à L.09)	10	27 717 303	26 025 321
ATTRIBUTIONS			
Contrats minimaux de services d'ambulance	11	23 921 643	22 246 502
Particularités régionales	12	105 108	88 662
Éléments rectifiables	13	582 443	647 505
Centre de communication santé	14	2 270 155	2 051 234
Formation	15	340 628	264 791
Assurance qualité	16	204 800	236 979
Allocation de retraite	17	86 301	163 667
Médicaments	18	32 520	30 460
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	19		
Attribution à des organismes	20		
Ajustements des années antérieures	21	(42 142)	(8 434)
Premiers répondants	22	133 367	209 397
Déplacement des usagers	23		
Charges d'exploitation :			
- Salaires	24	69 639	43 237
- Avantages sociaux	25	7 764	7 655
- Charges sociales	26	8 171	5 999
- Frais de déplacement et d'inscription	27	22	94
- Services achetés	28	26 444	19 598
- Location d'équipement	29		
- Fournitures de bureau	30	15 521	9 147
- Autres charges d'exploitation	31	750	2 580
Dépenses d'immobilisations	32	11 065	21 646
Autres	33	8 166	6 045
Total (L.11 à L.33)	34	27 782 365	26 046 764
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.10 - L.34)	35	2 744	62 444

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2007-2008

		Exercice courant
		$
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2007-2008 inscrit dans le système SBF-R	01	887 184 078
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	817 309 654
Allocations aux organismes communautaires	03	28 557 002
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	2 136 975
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R **(L. 02 à L. 04)**	05	848 003 631
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	29 138 457
Autres	07	
TOTAL (L.05 à L.07)	08	877 142 088
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	10 041 990
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés	10	3 233 700
- Comptes à payer non signifiés	11	5 168 800
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les organismes autres que les établissement publics		
- Comptes à payer signifiés	12	1 125 416
- Comptes à payer non signifiés	13	334 437
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	9 862 353
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	179 637
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	

Note : Compte tenu des changements apportés à la présentation de l'*État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2007-2008*, les données ne peuvent être présentées sur une base comparative au prix d'un effort raisonnable.

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2008

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2008

NOTE 1 - CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Conventions comptables en vigueur

Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties et les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur. De plus, les immobilisations corporelles et les actifs incorporels ne sont pas présentés distinctement ;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés ;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu, eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée, est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice ;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements ;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés ;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportés ;

vii) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds ;

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds ;

ix) Les contrats de location-acquisition, intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu ;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés, n'est pas présentée ;

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé ;

xii) La dépense d'intérêt sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici une description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent ;

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante ;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs ;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, d'activités régionalisées, d'immobilisations et affectés se retrouvent à la note 3.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Contrat de location-acquisition

Les contrats de location auxquels l'Agence est partie à titre de preneur et qui lui transfèrent la quasi-totalité des avantages et des risques liés à la propriété sont comptabilisés comme des contrats de location-acquisition et sont inclus dans les immobilisations corporelles et la dette à long terme, et ce, depuis le 1er avril 2003. Le coût comptabilisé en vertu des contrats de location-acquisition représente la valeur actualisée des paiements minimums exigibles en vertu du bail.

Tous les autres contrats de location sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation et les coûts de location qui en découlent sont inscrits comme charges dans l'exercice où ils surviennent.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ;
ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :
i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers ;
ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent ;
iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Modifications futures de conventions comptables

Au cours du prochain exercice, l'Agence appliquera les nouvelles recommandations de l'Institut canadien des comptables agréés quant aux nouveaux chapitres suivants : 3031 - « *Stocks* ». Ce dernier prescrit le traitement comptable des stocks, notamment sur la détermination du coût et sa comptabilisation ultérieure en charges, y compris toute dépréciation jusqu'à la valeur nette de réalisation.

Par ailleurs, l'ICCA a également publié le chapitre 3064 - « *Écarts d'acquisition et actifs incorporels* » en remplacement des chapitres 3062 - « *Écarts d'acquisition et autres actifs incorporels* », et 3450 - « *Frais de recherche et de développement* ». Ce nouveau chapitre établit des normes de comptabilisation, d'évaluation et d'information applicables aux écarts d'acquisition et aux actifs incorporels, y compris les actifs incorporels générés en interne. Ce chapitre s'appliquera aux états financiers des exercices ouverts à compter du 1er octobre 2008.

La direction estime qu'il n'y aura pas d'incidences significatives sur ses états financiers au regard de l'application de ces nouvelles normes.

NOTE 3 - FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2008	2007
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	160 016 $	208 452 $
Produit de disposition d'immobilisations	5 849 $	8 313 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	252 766 $	581 840 $
Produit de disposition d'immobilisations	2 477 $	970 $
Fonds d'immobilisations :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	432 301 $	818 776 $
Produit de disposition d'immobilisations	- $	- $
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	19 519 $	28 484 $
Produit de disposition d'immobilisations	- $	- $

NOTE 4 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 16 000 000 $ au taux de base moins 1 %, lequel est de 5,25 % à la date du bilan (6,00 % au 31 mars 2007). Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le solde au 31 mars 2008 est de 1 773 882 $. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2010.

NOTE 5 - PROVISION POUR VACANCES, CONGÉS DE MALADIE, CONGÉS DE RÉTENTION ET HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les sommes à payer au 31 mars 2008 au regard des banques de vacances, de congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2008	2007
Vacances	840 187 $	784 699 $
Congés de maladie	44 007	46 392
Heures supplémentaires	71 603	85 254
Congés de rétention	-	759
	955 797 $	917 104 $

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2008

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2008

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME

	2008	2007
Corporation d'hébergement Québec : Marge de crédit (CHQ) d'un montant autorisé de 89 000 000 $, portant intérêt au taux préférentiel moins 1 % et venant à échéance le 31 mars 2023. Le taux préférentiel au 31 mars 2008 est de 5,25 % (2007 : 6 %)	- $	- $
Marge de crédit (CHQ), portant intérêt au taux préférentiel moins 1 % Le taux préférentiel au 31 mars 2008 est de 5,25 % (2007 : 6 %)	342 830	1 859 997
Financement-Québec : Emprunts de 101 380 196 $, remboursables par versements annuels variables de capital, échéant en mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66 % et 9,82 %, est payable semestriellement.	20 108 407	24 900 568
Emprunt de 4 447 600 $, remboursable par versements annuels de capital de 635 371 $, échu en octobre 2007. L'intérêt au taux de 5,704 % est payable semestriellement.	-	635 371
Emprunt de 16 701 600 $, remboursable par versements annuels de capital de 668 064 $ et un versement final de 7 348 704 $, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,306 % est payable semestriellement.	12 025 152	12 693 216
Emprunt de 13 917 356 $, remboursable par versements annuels de capital de 786 849 $ et un versement final de 6 048 863 $, échéant en novembre 2012. L'intérêt au taux de 6,064 % est payable semestriellement.	9 196 260	9 983 110
Emprunt de 4 966 274 $, remboursable par versements annuels de capital de 297 740 $ et un versement final de 202 437 $, échéant en avril 2019. L'intérêt au taux de 6,514 % est payable semestriellement.	3 477 575	3 775 315
Emprunt de 8 210 269 $, remboursable par versements annuels de capital de 483 603 $ et un versement final de 1 923 429 $, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,118 % est payable semestriellement.	5 308 651	5 792 254
Emprunt de 850 696 $, remboursable par versements annuels de capital de 34 028 $ et un versement final de 544 445 $, échéant en octobre 2012. L'intérêt au taux de 5,653 % est payable semestriellement.	680 557	714 585
Emprunt de 1 180 151 $, remboursable par versements annuels de capital de 168 593 $, échéant en octobre 2010. L'intérêt au taux de 4,753 % est payable semestriellement.	505 779	674 372
Emprunt de 4 004 014 $, remboursable par versements annuels de capital de 253 242 $ et un versement final de 3 244 287 $, échu en juillet 2007. L'intérêt au taux de 3,889 % est payable semestriellement.	-	3 244 287
Sous-total	**51 645 211 $**	**64 273 075 $**

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2008

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2008	2007
Sous-total	**51 645 211 $**	**64 273 075 $**
Emprunt de 12 343 281 $, remboursable par versements annuels de capital de 841 572 $ et un versement final de 8 135 423 $, échéant en décembre 2009. L'intérêt au taux de 4,823 % est payable semestriellement.	8 976 995	9 818 566
Emprunt de 9 853 297 $, remboursable par versements annuels de capital de 712 967 $ et un versement final de 5 575 492 $, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215 % est payable semestriellement.	7 714 394	8 427 362
Emprunt de 742 695 $, remboursable par versements annuels de capital de 29 708 $ et un versement final de 564 448 $, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215 % est payable semestriellement.	653 571	683 280
Emprunt de 1 127 937 $, remboursable par versements annuels de capital de 45 117 $ et un versement final de 857 232 $, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408 % est payable semestriellement.	1 082 819	1 127 937
Emprunt de 2 078 938 $, remboursable par versements annuels de capital de 175 800 $ et un versement final de 1 024 139 $, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408 % est payable semestriellement.	1 903 139	2 078 938
Emprunt de 2 634 549 $, remboursable par versements annuels de capital de 105 382 $ et un versement final de 2 107 639 $, échéant en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478 % est payable semestriellement.	2 634 549	-
Emprunt de 6 777 363 $, remboursable par versements annuels de capital de 560 903 $ et un versement final de 3 972 847 $, échéant en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478 % est payable semestriellement.	6 777 363	-
	81 388 041	86 409 158
Tranche échéant à moins d'un an	5 468 261	6 138 497
Total	**75 919 780 $**	**80 270 661 $**

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME (suite)

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2009	5 468 261 $
2010	6 145 182
2011	5 552 826
2012	5 169 387
2013	4 520 536
	26 856 192 $

NOTE 7 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence 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.

Au 1er janvier 2008, le taux de cotisation pour le RREGOP a augmenté de 7,06 % à 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 7,78 % à 10,54 %.

NOTE 8 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 30 avril 2013 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2008 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 744 880 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2009	777 511 $
2010	728 242
2011	435 762
2012	49 998
2013	41 957
2014 et subséquentes	3 496
	2 036 966 $

NOTE 8 - ENGAGEMENTS (suite)

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région du Haut-Saint-Maurice. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2009	60 000 $
2010	30 000
2011	-
2012	-
2013	-
	90 000 $

NOTE 9 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 10 - CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certains chiffres de l'exercice 2006-2007 ont été reclassés pour les rendre conformes à la présentation adoptée en 2007-2008.

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2008

NOTE 11 - FIDUCIE KINO-QUÉBEC

L'Agence est nommée gestionnaire de la Fiducie Kino-Québec depuis le 1er juillet 2002. Le rôle de l'Agence en tant qu'établissement fiduciaire est d'assurer une saine gestion de l'enveloppe annuelle qui lui est confiée pour la réalisation des priorités nationales retenues par le comité national.

Les opérations pour l'exercice terminé le 31 mars 2008, qui ne sont pas présentées dans le rapport financier, sont les suivantes :

	2008	2007
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	509 519 $	358 071 $
Ajustement exercice antérieur	34	72
	509 553 $	**358 143 $**
PROVENANCE		
M.S.S.S.	125 000 $	145 000 $
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	155 000	155 000
Revenus d'intérêts	18 881	12 103
Vente de matériel	-	1 496
Autres revenus	1 655	800
	300 536 $	**314 399 $**
ATTRIBUTIONS		
Bourse école active	14 196 $	125 714 $
Rendez-vous d'automne	39 743	-
Vélo-Québec - Mon école à pied à vélo	30 000	-
Plaisirs sur glace	87 708	-
Municipalité active et autres	13 135	3 913
Soutien au réseau	56 782	27 361
Coordination - services achetés	5 000	5 000
Autres	227	1 035
	246 791 $	**163 023 $**
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	**563 298 $**	**509 519 $**
Encaisse disponible :		
Solde à attribuer à la fin de l'exercice	563 298 $	509 519 $
Comptes à recevoir	(7 009)	(21)
Comptes à payer	86 446	350
Encaisse disponible	642 735 $	509 848 $

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

ANNEXE A

Adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec lors de son assemblée du 18 juin 2003.

SECTION 1 - PRÉAMBULE

Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

Il se veut respectueux des principes et règles édictés par le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics décrété en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, ainsi que des dispositions pertinentes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le Code doit informer les membres du conseil des obligations prévues aux différentes lois et règlements. Cette contrainte impose un certain calque de ces dispositions incontournables tout en les explicitant et illustrant en fonction du contexte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et des fonctions de ses administrateurs.

Les administrateurs placés devant un dilemme d'éthique peuvent bénéficier d'un service de support-conseil auprès du répondant de l'Agence de la santé et des services sociaux sur ces questions.

SECTION 2 - BUT, OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

2.1 Le présent code a pour but de préserver et renforcer la confiance des citoyennes et citoyens des régions du Centre-du-Québec et de la Mauricie dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux, de favoriser la transparence, de responsabiliser les administrateurs, ainsi que de maintenir un haut niveau de qualité des services de santé et des services sociaux.

2.2 Conformément à l'article 35 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le présent code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

2.3 Les principes d'éthique, devant servir de guide aux administrateurs afin de les aider à juger de la justesse de leurs comportements dans l'exercice de leur fonction, tiennent compte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux, des valeurs qui sous-tendent son action ainsi que de ses principes généraux de gestion.

2.4 Les règles de déontologie font état des devoirs, obligations et responsabilités des administrateurs.

SECTION 3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 Les administrateurs, selon les statuts qui leurs sont propres, doivent dans l'exercice de leurs fonctions, respecter l'ensemble des principes d'éthique et des règles de déontologie qui leur sont applicables selon ces différents statuts.

3.2 En cas de divergence entre le présent code et les dispositions de la loi, du règlement ou d'autres codes d'éthique et de déontologie applicables à l'administrateur, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent. En cas de doute, l'administrateur doit agir selon l'esprit de ces principes et règles.

3.3 L'administrateur ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.

3.4 L'administrateur qui, à la demande de l'Agence de la santé et des services sociaux, exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre, est tenu aux mêmes obligations.

3.5 La présidence du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil.

3.6 L'Agence de la santé et des services sociaux doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des informations fournies par les administrateurs en application du présent code.

SECTION 4 - PRINCIPES D'ÉTHIQUE

4.1 L'administrateur est désigné pour contribuer, dans le cadre de son mandat, à la réalisation de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens.

4.2 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés et dans le respect du droit, avec soin, prudence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable.

4.3 La contribution de l'administrateur se fait avec honnêteté, loyauté, diligence, efficacité, assiduité et équité, dans l'intérêt de l'Agence de la santé et des services sociaux et de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

4.4 L'administrateur fait fi de toute pression ou influence indue dans l'exercice de ses fonctions.

4.5 L'administrateur témoigne d'un constant souci du respect du droit des personnes aux services de santé et aux services sociaux.

4.6 L'administrateur centre ses décisions et ses actions sur les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

4.7 L'administrateur veille à ce que l'organisation et la gestion du système régional de santé et de services sociaux assurent des services accessibles, intégrés et de qualité, tout en tenant compte des particularités régionales et des ressources disponibles, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.

4.8 L'administrateur reconnaît que le fait d'être membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il ne peut laisser entendre le contraire.

4.9 L'administrateur s'abstient de toute forme de discrimination.

SECTION 5 - RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RELATIVES AUX TRAVAUX ET RÉUNIONS DU CONSEIL

L'administrateur doit :

5.1 Se préparer adéquatement et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre.

5.2 S'assurer que les données pertinentes et les enjeux reliés à la prise de décision lui sont fournis.

5.3 S'assurer qu'il dispose de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause.

5.4 S'assurer d'un suivi des décisions du conseil.

5.5 Se contraindre à la discrétion sur ce dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.6 Respecter à tout moment le caractère confidentiel des débats, échanges et discussions, ainsi que celui des informations écrites et verbales reçues.

5.7 Assister aux réunions du conseil et signifier son absence en cas d'empêchement.

5.8 Respecter les règles régissant la procédure des réunions du conseil, reconnaître l'autorité de la présidence et la souveraineté de l'assemblée.

5.9 Participer aux travaux dans un esprit de concertation, poser, le cas échéant, les questions nécessaires à sa bonne compréhension, exprimer son opinion, chercher à influencer et accepter d'être influencé par l'opinion de ses collègues.

5.10 Conserver une attitude de respect et de dignité face aux différents publics.

5.11 Préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

5.12 Traiter toute personne avec courtoisie et respect.

5.13 Ne jamais porter atteinte à la vie privée d'une personne.

5.14 Éviter de tenir des propos susceptibles d'entacher la réputation d'une personne.

5.15 Être loyal et honnête envers ses collègues et le personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux et maintenir des relations empreintes de bonne foi. En conséquence :
- respecter leurs droits et privilèges ;
- reconnaître leur probité ;
- ne jamais se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux ;
- demander le huis clos avant d'exprimer un doute sur leur intégrité et bonne foi.

5.16 Attendre le moment du débat pour exprimer son opinion.

5.17 Voter lorsque requis ou signifier son abstention.

5.18 Éviter de se substituer aux porte-parole officiels de l'Agence de la santé et des services sociaux et transmettre fidèlement, le cas échéant, les orientations générales de l'Agence et s'abstenir de tout commentaire susceptible de porter atteinte à sa réputation.

B) RELATIVES À LA PARTISANERIE

5.19 L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

5.20 La présidence et la présidence-direction générale doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

5.21 L'administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président.

5.22 La présidence et la présidence-direction générale doivent informer le secrétaire général du conseil exécutif de leur intention de présenter leur candidature à une charge publique élective.

5.23 La présidence et la présidence-direction générale doivent se démettre de leurs fonctions s'ils veulent se porter candidat à une charge publique élective.

C) RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'administrateur doit :

5.24 Faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel, et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme ayant proposé sa candidature pour fin de désignation au conseil.

5.25 Dénoncer par écrit au président du conseil tout intérêt, direct ou indirect, actuel ou éventuel, dans un organisme, une entreprise ou une association qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux.

5.26 S'abstenir, le cas échéant, de siéger et de participer à toute délibération ou décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt personnel et se retirer pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question. Conformément à l'article 5.24 du présent code, l'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait que le proposeur de sa candidature soit concerné par la question.

5.27 S'abstenir, dans le cas de la présidence-direction générale, d'avoir un intérêt direct ou indirect mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux et, si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, y renoncer ou en disposer avec diligence.

5.28 Organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

5.29 Dissocier de l'exercice de ses fonctions, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

5.30 Éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

5.31 S'abstenir d'utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.32 S'abstenir ni tenter de prendre connaissance d'une information confidentielle de l'Agence de la santé et des services sociaux qui n'est pas requise dans l'exercice de ses fonctions.

5.33 Éviter de confondre les biens de l'Agence de la santé et des services sociaux avec les siens et de les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

5.34 Refuser toute rémunération ou indemnisation non prévues pour l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

5.35 Refuser tout cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui ne serait pas d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.

5.36 S'abstenir d'accorder, solliciter, exiger ou accepter, directement ou indirectement, une faveur, un avantage ou considération indue pour lui-même ou pour un tiers.

5.37 Éviter, dans la prise de ses décisions, de se laisser influencer par des offres d'emploi.

D) RELATIVES À L'APRÈS-MANDAT

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit :

5.38 Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au sein du conseil de l'Agence de la santé et des services sociaux.

5.39 Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

5.40 S'abstenir de donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence de la santé et des services sociaux, un établissement ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

5.41 S'abstenir, dans l'année qui suit la fin de son mandat, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence de la santé et des services sociaux est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

SECTION 6 - PROCESSUS D'EXAMEN ET DE SANCTIONS

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou toute autre disposition prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut être sanctionné.

6.2 Tout administrateur qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code doit en saisir le président du conseil ou le vice-président, si le président est en cause.

6.3 Si le président du conseil, ou le vice-président, arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement ou omission, il doit en informer sans délais le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles du chapitre du Règlement relatif au processus disciplinaire.

6.4 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.

6.5 L'administrateur éventuellement informé qu'une enquête est tenue à son sujet doit s'abstenir de communiquer, directement ou indirectement, avec la personne qui aurait demandé la tenue de l'enquête.

6.6 L'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans le cas présumé de faute grave.

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

SECTION 7 - IMMUNITÉ

Ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi, les personnes qui dénoncent un manquement ou une omission relative au présent code.

SECTION 8 - DIFFUSION DU CODE ET INFORMATION DU PUBLIC

8.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

8.2 L'Agence de la santé et des services sociaux doit publier dans son rapport annuel le Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.

8.3 Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux doit faire état pour l'année écoulée :
- du nombre de cas traités et de leur suivi ;
- du nombre et de la nature des manquements constatés ;
- des décisions et sanctions imposées ;
- du nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

SECTION 9 - MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

9.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit fournir un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à chacun des membres du conseil d'administration et lui en expliquer la teneur.

9.2 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe A.

9.3 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit remplir, signer et remettre la déclaration d'intérêts et doit amender cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION 10 - MODALITÉS TRANSITOIRES

Dans les trente jours de l'adoption du présent code, les membres du conseil d'administration doivent remplir et signer l'ensemble des annexes prévues.

UNIS dans TOUS les SENS

SIÈGE SOCIAL
550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU
570, rue Heriot, Drummondville (Québec) J2B 1C1
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

www.agencesss04.qc.ca

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Québec