CONCENTRÉS
SUR L'HUMAIN

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

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

Québec

Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
Centre hospitalier affilié universitaire régional

AFFILIÉ À Université de Montréal

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

TABLE DES MATIÈRES

Mot du président-directeur général du CIUSSS MCQ 2
Mot de la présidente et de la directrice générale 3
Déclaration de fiabilité 5

INTRODUCTION : PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT 6

Mission, vision et valeurs 6
Conseil d'administration au 31 mars 2015 8
Organigramme au 31 mars 2015 9
Portrait de santé de la population 10
Démographie : le RLS de Trois-Rivières est le plus peuplé de la région 10
Faits saillants 10
Planification stratégique 2014-2018 : consensus sur six enjeux 11

ENJEU 1. AMÉLIORATION DE L'EXERCICE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE EN COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES 12

1.1 Un réseau local de services mobilisé pour la population 12
1.2 Plan d'action local de santé publique : défi relevé! 12

ENJEU 2. ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE 15

2.1 Avancées dans l'accessibilité médicale pour notre population 15
2.2 Des services mieux adaptés aux besoins des personnes âgées 17
2.3 Enfance et jeunesse : pour répondre aux besoins des familles 21
2.4 Santé mentale et dépendances : miser sur l'accessibilité 23
2.5 Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme (DI-TSA) et déficience physique: fluidité accrue et approche de proximité 25

ENJEU 3. CONSOLIDATION DE LA MISSION RÉGIONALE HOSPITALIÈRE 26

3.1 Les projets immobiliers 26
3.2 Chirurgies : des efforts porteurs 27
3.3 Activités ambulatoires : optimisation et intensification 29
3.4 Lutte contre le cancer : des outils performants 32
3.5 Services diagnostiques et thérapeutiques : un meilleur accès pour la population 33
3.6 Programme urgence et traumatologie : les efforts se poursuivent 35
3.7 Hospitalisation : accès au parc de lits et fluidité de la clientèle 36

ENJEU 4. RENFORCEMENT DE LA MISSION UNIVERSITAIRE 39

4.1 Dix chandelles pour le Campus de l'Université de Montréal en Mauricie 39
4.2 Retour progressif des premiers médecins spécialistes formés en Mauricie 39
4.3 Un impact sur la rétention : vers un meilleur accès aux services médicaux à la population 39
4.4 L'UMF : amélioration de l'accessibilité au service sans rendez-vous 40
4.5 Développement de la recherche 40

ENJEU 5. DISPONIBILITÉ ET MOBILISATION DU CAPITAL HUMAIN 41

5.1 Prix et distinctions : nos intervenants à l'honneur 41
5.2 Le CSSS de Trois-Rivières, un employeur de choix 42
5.3 Faire carrière au CSSS de Trois-Rivières 43
5.4 Portrait des effectifs 44

ENJEU 6. DÉVELOPPEMENT D'UNE ORGANISATION PERFORMANTE 45

6.1 Les ressources informationnelles au centre des besoins 45
6.2 La communication, au cœur des actions quotidiennes 46
6.3 Sécurité des soins : une culture d'amélioration continue 46
6.4 Prévention des infections 48
6.5 CHSLD : un chez-soi offrant des soins et des services adaptés et de qualité 50
6.6 Se mobiliser pour viser l'excellence 52

7. RAPPORT FINANCIER 54

7.1 Rapport de la direction 54
7.2 Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés 55
7.3 États financiers résumés - exercice terminé au 31 mars 2015 56
7.4 État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant 69
7.5 Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er janvier 2015 et le 31 mars 2015 70

8. CONSEILS, COMITÉS ET INSTANCES 71

8.1 Comités du conseil d'administration 71
8.2 Comité des usagers 73
8.3 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 74
8.4 Conseil des infirmières et infirmiers (CII) 75
8.5 Conseil multidisciplinaire (CM) 75
8.6 Comité des préposés aux bénéficiaires à l'hébergement (CPAB) 76
8.7 Comité de gestion des risques 76
8.8 Comité d'éthique clinique 77
8.9 Comité d'éthique de la recherche 77
8.10 Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services 77

9. ANNEXES 79

9.1 Fondation régionale pour la santé de Trois-Rivières (RSTR) 79
9.2 L'action bénévole au sein de l'établissement : une ressource inestimable 86
9.3 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 87

M. Martin Beaumont,
président-directeur général du Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CIUSSS MCQ

À titre de président-directeur général du nouveau Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, je désire souligner l'excellent travail de gestion et de collaboration réalisé par les dirigeants des douze établissements de la région. Je tiens à remercier chaleureusement les membres bénévoles des conseils d'administration dont l'engagement soutenu au fil des ans a permis d'assurer une gouvernance de qualité nous permettant aujourd'hui de compter sur un réseau en santé.

Vous trouverez, dans ce dernier rapport annuel de gestion du CSSS de Trois-Rivières, un portrait très intéressant de leurs principales réalisations pour l'année 2014-2015 et je vous invite à en prendre connaissance avec attention.

Je profite de cette publication pour remercier également tous les directeurs généraux et leurs équipes de direction, les gestionnaires, les médecins, les bénévoles, les organismes communautaires et les partenaires du réseau pour les efforts consacrés au mieux-être des citoyens de la région. Je tiens à transmettre ma reconnaissance à tous les employés pour leur engagement et leur professionnalisme dans les services et les soins offerts à la population. Votre contribution à la vitalité du réseau de la santé et des services sociaux est méritoire.

Le 7 février dernier, l'adoption de la « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales » a profondément modifié l'organisation du réseau régional. Afin d'assurer le succès de la mise en place de notre nouvel établissement, nous avons retenu les valeurs qui faisaient consensus au sein des différentes organisations de la région comme fondement de notre action. C'est sur cette base que nous mettrons en œuvre notre vision, soit de *créer, par un leadership collectif, un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec*.

Encore merci à tous et poursuivons notre collaboration active dans le nouveau CIUSSS!

Martin Beaumont
Président-directeur général

Mme Lucie Letendre, directrice générale,
et Mme Christiane Bonfanti, présidente du CSSS de Trois-Rivières

MOT DE LA PRÉSIDENTE ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CSSS DE TROIS-RIVIÈRES

Il nous fait plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières. Ce rapport constitue le dernier de notre établissement issu de la fusion de 2011. Il témoigne d'une année stimulante et riche en accomplissements.

La finalisation de notre première planification stratégique et l'amorce de son déploiement ont permis à l'ensemble des équipes de centrer leurs actions sur les enjeux identifiés. La responsabilité populationnelle – priorité de tous les instants que nous partageons avec les partenaires du réseau local de services – , l'amélioration des soins et services de première ligne dans la communauté, la consolidation de la mission régionale hospitalière et de la mission universitaire, la disponibilité et la mobilisation du capital humain ainsi que le développement d'une organisation performante sont au cœur des priorités. Celles-ci se déclinent en de multiples objectifs qui font l'objet d'un large consensus au sein des équipes du CSSS de Trois-Rivières. Des projets porteurs se collent à ces objectifs et plusieurs ont cheminé au cours de l'année.

Pensons d'abord au développement de la phase II d'agrandissement de Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR), pour lequel il ne manque que l'approbation du Conseil du trésor pour aller de l'avant, et au projet d'implantation du service d'hémodynamie dont le dossier est maintenant approuvé et en est à sa dernière phase d'actualisation avant le début des travaux. Également, les usagers pourront bénéficier d'espaces plus intimes et plus accueillants grâce à la construction d'un nouveau bâtiment érigé en façade du centre d'hémato-oncologie. On y logera la pharmacie de ce secteur et de nouveaux équipements pour répondre à l'augmentation du nombre de traitements à préparer.

Au plan de l'enseignement médical, la dernière année marquait les dix ans de la création du Campus de l'Université de Montréal en Mauricie. Les retombées tangibles de ce projet porteur pour toute la région continuent de rayonner. Les médecins issus de la première cohorte de 2004, qui se sont tournés vers les

spécialités, ont complété leurs études. Trois d'entre eux ont choisi de revenir au CSSS de Trois-Rivières. Une belle fierté pour nous tous!

Par ailleurs, l'établissement s'est positionné favorablement au regard de ses mandats régionaux. Le CHAUR a complété toutes les démarches pour obtenir la désignation de centre secondaire pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC), confirmant que le continuum de soins en la matière est optimal. L'approche ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) déployée en chirurgie colorectale constitue aussi une belle avancée. Cette façon de faire préconise la mise en place d'éléments facilitant une réhabilitation précoce après la chirurgie. Ce modèle trouvera aussi son chemin vers d'autres chirurgies sous peu.

De plus, les équipes de l'urgence du CHAUR poursuivent les efforts d'amélioration pour garantir un meilleur accès en ambulatoire. Le travail en dyade médecin-infirmière et l'optimisation de la trajectoire des usagers permettent un meilleur accès. Cela se traduit par une augmentation de 16 % de la prise en charge médicale, ce qui permettra à environ 3 400 usagers de plus par année de bénéficier d'une consultation médicale en ambulatoire. L'intensification des services de soutien à domicile et la plus grande prise en charge par les médecins de famille dans la communauté contribuent à maintenir à la baisse la durée moyenne de séjour en ambulatoire.

L'amélioration continue en hébergement porte fruits. Des rapports d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux confirment la portée de nos actions tournées vers le bien-être du résident et de ses proches. Quatre de nos cinq centres d'hébergement – St-Joseph, Louis-Denoncourt, Cooke et Roland-Leclerc – ont fait l'objet de visites d'évaluation desquelles des éléments positifs sont recensés à l'égard, entre autres, de la qualité du milieu de vie, de l'accueil des résidents et des pratiques de qualité de la part des intervenants.

Toujours au chapitre de l'amélioration continue de la qualité de nos services, les résultats de notre démarche d'agrément, avec un taux de conformité de 95 %, constituent une démonstration probante de la solidarité et de la détermination dont ont fait preuve les intervenants.

Le CSSS de Trois-Rivières maintient ses efforts pour demeurer un employeur de choix. *Entreprise en santé* constitue un projet stimulant à cet égard. Grâce à un sondage, auquel un employé sur deux a répondu, nous connaissons mieux les besoins en matière de santé et de mieux-être au travail. Plusieurs de nos actions cadrent déjà dans ce projet et un plan d'action verra à en assurer le suivi.

Quatre ans après la fusion qui a donné vie au CSSS de Trois-Rivières, nous pouvons tous être fiers du travail accompli. Les intervenants ont adhéré sans retenue à la création de cet établissement et aux valeurs de respect, d'équité, de solidarité, d'engagement et d'excellence qui l'animent.

Au 1er avril 2015, toutes les équipes intègrent le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec avec un esprit de collaboration. Les défis quotidiens d'offrir des soins et services de qualité demeurent au cœur de leur motivation.

Enfin, nous devons souligner le travail de tous les intervenants qui ont démontré un engagement constant afin de garantir des services optimaux à la population, et aussi celui des gestionnaires, des directeurs et des membres du conseil d'administration du CSSS de Trois-Rivières qui ont assuré une gestion et une gouvernance empreintes de rigueur en demeurant toujours « Concentrés sur l'humain ».

Christiane Bonfanti
Présidente du conseil d'administration

Lucie Letendre
Directrice générale

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du CSSS de Trois Rivières :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.
- Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

M. Martin Beaumont
Président-directeur général
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

INTRODUCTION : PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

MISSION, VISION ET VALEURS

MISSION

Le CSSS de Trois-Rivières est un établissement qui allie les missions de CLSC, CHSLD et CH affilié universitaire régional, afin de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de sa population locale, Trois-Rivières et Saint-Étienne-des-Grès, en plus d'offrir des services spécialisés à l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Plus précisément, le CSSS s'engage à :

- agir en prévention, promotion et protection de la santé dans une perspective de santé publique;
- soutenir et encourager les usagers et leur entourage afin d'accroître leur autonomie et leur pouvoir d'agir dans la recherche de solutions qui conviennent à leur bien-être et à leur état de santé;
- offrir des soins et services de qualité optimale, sécuritaires, accessibles et continus;
- offrir des services spécialisés répondant aux problèmes complexes de santé de sa population et de celle d'autres CSSS par le biais de ses mandats régionaux (traumatologie-neurochirurgie, néphrologie, cancérologie, pédiatrie-néonatologie, infectiologie, procréation médicalement assistée et gestion de la douleur chronique en consortium avec le Centre de réadaptation InterVal) et suprarégionaux;
- mobiliser et coordonner le réseau local des services de santé et services sociaux du territoire de Trois-Rivières et de Saint-Étienne-des-Grès;
- participer à la création et à la transmission du savoir dans le cadre de sa désignation universitaire, en plus d'être un milieu de formation professionnelle et collégiale.

VISION

Ensemble pour le mieux-être de la population, du simple geste à l'innovation.

Ensemble pour le mieux-être de la population…

Les intervenants du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières ont le désir de travailler étroitement, avec l'ensemble des partenaires, au mieux-être de la population.

… du simple geste…

Ce désir s'accompagne d'une volonté marquée d'assurer la qualité, voire l'excellence, dans chacun des gestes posé dans le cadre de nos soins et services. Ils sont d'une grande importance et constituent l'essence de notre mission.

… à l'innovation

Notre engagement est aussi de transformer notre organisation et d'innover afin d'offrir à nos usagers les meilleurs soins et services possibles.

VALEURS

- RESPECT
- ÉQUITÉ
- SOLIDARITÉ
- ENGAGEMENT
- EXCELLENCE

CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 MARS 2015

Mme Christiane Bonfanti
Élue par la population
Présidente

M. Jean-Claude Beaumier
Membre coopté

Mme Nicole D. Gélinas
Désignée par la Fondation

M. Normand St-Louis
Membre coopté

Mme Lucie Letendre
Directrice générale
Secrétaire du conseil

Dr Pierre Belhumeur
Désigné par l'Université de Montréal

Mme Céline Halikas
Membre cooptée

M. Olivier Tardif
Désigné par le conseil multidisciplinaire

Mme Solange Guimond
Désignée par l'Agence
Vice-présidente

Mme Josée Bergeron
Désignée par le conseil des infirmières et infirmiers

Mme Liette L. Lafontaine
Désignée par le comité des usagers

Mme Denise Tremblay
Membre cooptée

M. Louis Allard
Désigné par l'Agence

Mme Lyne Chevalier
Membre cooptée

Mme Lucie Lahaie
Désignée par le comité des usagers

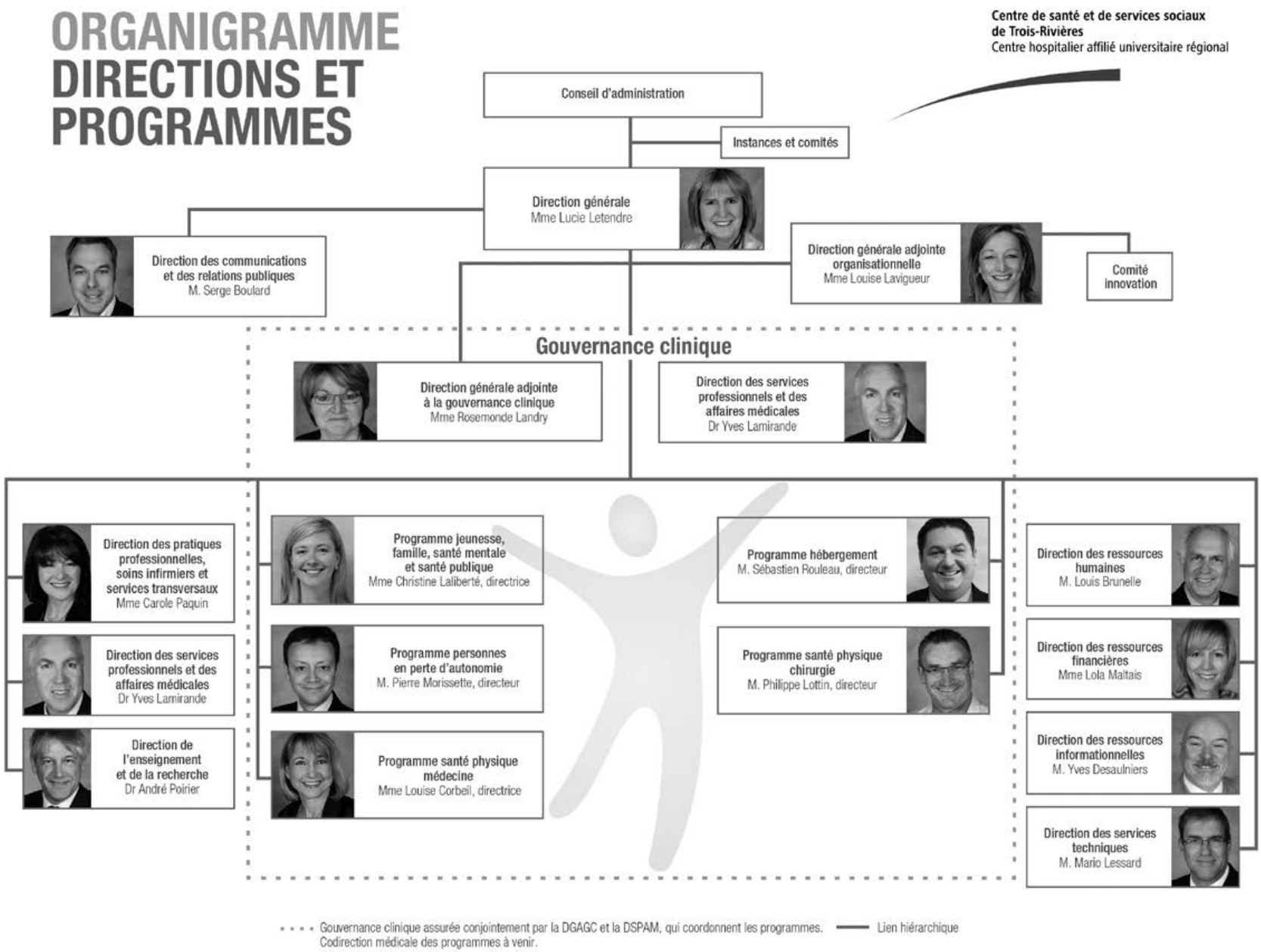
M. Charles-Arthur Walker
Membre coopté

Dr Réjean Duplain
Désigné par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Mme Denise Massicotte
Désignée par le personnel non clinique

M. Guy Rousseau
Élu par la population

ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2015



PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION

DÉMOGRAPHIE : LE RLS DE TROIS-RIVIÈRES EST LE PLUS PEUPLÉ DE LA RÉGION

La population du territoire de Trois-Rivières et de Saint-Étienne-des-Grès compte 138 378 habitants en 2014 (contre 136 175 en 2013), ce qui en fait le RLS le plus peuplé de la région. Par ailleurs, selon l'Institut de la statistique du Québec et la projection diffusée par le service du développement de l'Information du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'ensemble de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte une population de 503 355 habitants en 2014.

FAITS SAILLANTS

- Dans la région, les personnes vivant dans les communautés les plus défavorisées sont aux prises avec plus de problèmes psychosociaux et de santé que les personnes les plus favorisées.
- Le RLS de Trois-Rivières présente :
    - un vieillissement plus important que la population québécoise;
    - une des plus fortes proportions de familles monoparentales avec enfants mineurs (27,5 %);
    - une grande proportion de personnes vivant seules;
    - un pourcentage parmi les plus importants de familles vivant sous le seuil de faible revenu (19,3 %);
    - une augmentation de la clientèle multiproblématique.

Le CSSS de Trois-Rivières et ses partenaires tirent de ce portrait une meilleure compréhension des besoins en santé au sein de la population locale et des défis qui s'y rattachent. L'objectif est de maintenir et d'améliorer l'accès et la qualité des services pour l'ensemble des clientèles, tout en anticipant la croissance des besoins futurs, notamment en lien avec le vieillissement de la population. De plus, ces données, combinées à la lecture de l'environnement et au contexte organisationnel, ont grandement alimenté les travaux des chantiers lors de l'exercice de planification stratégique 2014-2018 et permis de dégager les grands enjeux institutionnels.

Références :

Pour une planification stratégique et un continuum de services réussis, Planification stratégique régionale 2015-2020, Profil 04 Un regard averti sur la santé, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, synthèse des résultats pour la Mauricie et le Centre-du-Québec et le RLS de Trois-Rivières, Profil 04 Un regard averti sur la santé, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, synthèse des résultats pour la Mauricie et le Centre-du-Québec et le RLS de Trois-Rivières, Volet 2 : Santé mentale et adaptation sociale, Profil 04 Un regard averti sur la santé, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Gazette officielle du Québec, p. 27 et les suivantes de la Partie 2 de l'édition du 3 janvier 2015 (146e année, no 1)

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2014-2018 : CONSENSUS SUR SIX ENJEUX

Le CSSS de Trois-Rivières a finalisé son premier exercice de planification stratégique au cours de l'année. Une telle démarche visait à faire les meilleurs choix pour le bien-être et la santé de la population. Pour y arriver, 13 groupes de travail ont été mis sur pied, mobilisant plus de 160 intervenants, gestionnaires, directeurs, médecins, membres du conseil d'administration et membres des tables du projet clinique du RLS.

Cette démarche intensive et rigoureuse s'est appuyée sur un diagnostic et des analyses enrichis par les intervenants et par la consultation auprès des instances : CM, CII, CIIA, bénévoles, comité des usagers, syndicats, CMDP, comité médical aviseur élargi. Ont également été consultés les partenaires de l'établissement : la table médicale territoriale locale, les directeurs généraux des autres établissements de la région, la Fondation RSTR, les propriétaires des ressources non institutionnelles, l'association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux, le comité régional des services pharmaceutiques, l'Université de Montréal, ainsi que les partenaires de l'enseignement.

Un fort consensus s'est dégagé autour de six enjeux :

- Enjeu 1 : Amélioration de l'exercice de la responsabilité populationnelle en collaboration avec les partenaires
- Enjeu 2 : Accessibilité aux soins et services de première ligne
- Enjeu 3 : Consolidation de la mission régionale hospitalière
- Enjeu 4 : Renforcement de la mission universitaire
- Enjeu 5 : Disponibilité et mobilisation du capital humain
- Enjeu 6 : Développement d'une organisation hautement performante

Le 30 avril 2014, le conseil d'administration a adopté ces enjeux et les orientations stratégiques définitives en vue de guider les actions de chacune des directions.

Dans le contexte de regroupement du CSSS de Trois-Rivières au sein d'un établissement régional, l'analyse réalisée conserve toute sa justesse et les actions retenues leur pertinence. Les orientations et les projets sont mobilisateurs puisqu'ils s'inspirent largement de la réalité des équipes en contact au quotidien avec les besoins de la population.

ENJEU 1.
AMÉLIORATION DE L'EXERCICE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE EN COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES

Chaque année, les partenaires du Réseau local de services se réunissent pour discuter des enjeux de santé de la population et partager les bons coups. Sur la photo : Mme Rosemonde Landry, directrice générale adjointe à la gouvernance clinique et Mme Louise Lavigueur, directrice générale adjointe organisationnelle, accompagnent le comité organisateur de la Journée Réseau local de services (RLS) : Mme Ginette Léveillé, technicienne en administration, Mme Geneviève Charest, Point de rue, Mme Christiane Guilbeault, Regroupement des aidants naturels de la Mauricie, Mme Nathalie Champagne, Centre d'intervention budgétaire et sociale de la Mauricie, Mme Julie Barabé, adjointe à la direction du Programme jeunesse, famille, santé mentale et santé publique, Mme Lyne Chevalier, Maison des Familles Chemin du Roi et Mme Christine Laliberté, directrice du Programme jeunesse, famille, santé mentale et santé publique.

1.1 RLS : UN RÉSEAU LOCAL DE SERVICES MOBILISÉ POUR LA POPULATION

Coordonné par le CSSS de Trois-Rivières, le réseau local de services (RLS) regroupe des tables de travail qui se donnent, chacune, des priorités annuelles et des plans d'action liés à des programmes particuliers : santé publique et développement social, santé physique, santé mentale et dépendances, personnes âgées en perte d'autonomie, soins palliatifs, déficience physique, déficience intellectuelle – troubles envahissants du développement et, enfin, services jeunesse intégrés, famille et jeunes en difficulté. Véritable lieu de concertation et de mobilisation, les tables du RLS réunissent des personnes issues du milieu communautaire, d'établissements de santé et de services sociaux – incluant des établissements à vocation régionale, des médecins œuvrant en GMF et en cabinet – ainsi que des partenaires intersectoriels comme la Ville, le Diocèse, les centres de la petite enfance et le milieu de l'enseignement. Plusieurs des travaux de ces tables teintent les réalisations de l'établissement qui sont relatées dans ce rapport annuel.

1.2 PLAN D'ACTION LOCAL DE SANTÉ PUBLIQUE : DÉFI RELEVÉ!

C'est par l'actualisation de son Plan d'action local de santé publique (PALSP) 2009-2015 que le CSSS de Trois-Rivières offre des services de promotion de la santé et du bien-être, de prévention et de protection, en concertation avec le RLS. Le Programme de santé publique est fondé sur une approche populationnelle, adaptée aux besoins des communautés et concertée avec les organismes du milieu.

Toutes les directions de l'établissement s'impliquent au PALSP dans l'objectif d'assurer un continuum de services. Sa portée a représenté certains défis brillamment relevés, comme : la mise

en place de la politique d'allaitement, le déploiement de l'approche École en santé, le déploiement des réseaux de sentinelles afin de prévenir le suicide, le continuum de services en prévention des chutes, la consolidation des services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmises sexuellement et par le sang, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, le soutien au développement des communautés, pour ne nommer que ceux-là.

Ce plan d'action local nous a permis d'optimiser l'utilisation des programmes de promotion et de prévention en matière de santé et de bien-être.

1.2.1 SÉCURITÉ ALIMENTAIRE : DES PROJETS PORTEURS POUR SATISFAIRE LES BESOINS ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELS

Quatre projets initiés par la Table de concertation en sécurité alimentaire de Trois-Rivières ont reçu un appui financier du Fonds québécois d'initiatives sociales. Ces projets novateurs favorisent la sécurité alimentaire et sont basés sur des liens d'entraide entre les différents organismes qui travaillent en aide alimentaire: Soutien aux bénévoles des distributions alimentaires, Les vendredis cuistos, l'Épicerie communautaire et Achat groupé de viandes et de volailles. Créée en 2008, la Table de concertation en sécurité alimentaire de Trois-Rivières regroupe aujourd'hui seize organismes de Trois-Rivières œuvrant pour l'aide alimentaire.

1.2.2 CLINIQUE D'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE À L'INTENTION DES RÉFUGIÉS : UN TRAVAIL DE COLLABORATION FAVORISANT L'INTÉGRATION

Depuis quelques années, le RLS de Trois-Rivières accueille en moyenne 95 réfugiés par année en provenance de divers pays identifiés par le ministère de l'Immigration du Canada. Le CSSS de Trois-Rivières a mis en place une clinique d'évaluation de l'état de santé et bien-être à l'intention des réfugiés lors de leur arrivée sur notre territoire, et ce, en collaboration avec ses partenaires, notamment le Service d'accueil des nouveaux arrivants. Cette clinique permet d'évaluer le bien-être et l'état de santé physique, de mettre à jour le carnet de vaccination et de bien orienter les personnes vers les services dont ils ont besoin. Cette année, tous les réfugiés qui sont arrivés sur le territoire ont bénéficié de cette évaluation, ce qui représente 77 personnes.

1.2.3 LA PROMOTION DES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES SE POURSUIT DANS LES CABINETS ET PHARMACIES

Deux conseillers en prévention clinique ont rencontré 484 professionnels au cours de l'année. Dans la communauté, la conseillère attitrée a eu l'occasion d'échanger sur les pratiques cliniques préventives avec 282 médecins, infirmières, infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) et pharmaciens. Dans l'établissement, le conseiller a rejoint 202 professionnels de la santé pour discuter de prévention par l'activité physique, la cessation tabagique et l'alimentation, notamment.

ENTENTE DE GESTION						
CSSS DE TROIS-RIVIÈRES	COUVERTURE MENSUELLE ≥ 2 JRS/MOIS	NOMBRE DE JOURS TERRAIN ANNUELS	CLIENTÈLE PRIORITAIRE	NOMBRE DE VISITES ANNUELLES (APPROXIMATIVEMENT)	PROJETS SUR MESURE	PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES PRIORISÉES
Cible	12	80	145	263	1	Tabac, activité physique, saine alimentation, alcool.
Réel	12	115	230	484	2 Projets activité physique et salle d'attente.	Tabac, activité physique, saine alimentation, alcool.

1.2.4 VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE : UNE AUGMENTATION DE 1,8 %

La campagne de vaccination massive contre la grippe saisonnière a connu une augmentation de 1,8 % par rapport à l'année 2013-2014. Au CSSS de Trois-Rivières, 1 646 employés et 199 médecins ont reçu le vaccin, ce qui représente une augmentation de 2 %.

Au total, 13 665 personnes du territoire ont été vaccinées cette année contre la grippe saisonnière.

ENTENTE DE GESTION				
INDICATEUR	CIBLE ANNUELLE	CUMULATIF 2014-2015	CUMULATIF 2013-2014	% DE VARIATION
SANTÉ PUBLIQUE				
Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans dépistés pour la chlamydia	20 % 3222 jeunes	23,4 %	12 %	95 %
Nombre d'activités de dépistage ITSS auprès des clientèles vulnérables	441	690	416	65,9 %
Proportion des enfants recevant leur 1ère dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90 %	98,5 %	83,3 %	11,6 %
Proportion des enfants recevant leur 1ère dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C	90 %	77,9 %	77 %	1,2 %

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
Vaccination 0-5 ans	Nombre d'usagers	3 477	3 469	0 %
	Nombre d'interventions	6 060	6 185	(2 %)
Services dentaires préventifs	Nombre d'usagers	2 993	3 109	(3,7 %)
	Nombre d'interventions	3 460	3 574	(3,2 %)
Vaccination scolaire primaire	Nombre d'usagers	1 976	2 031	(2,7 %)
	Nombre d'interventions	2 026	2 085	(2,8 %)
Vaccination scolaire secondaire	Nombre d'usagers	1 992	1 372	45,2 %
	Nombre d'interventions	2 077	1 447	43,5 %
Vaccination contre la grippe saisonnière	Nombre d'usagers	16 483	16 187	1,8 %
	Nombre d'interventions	16 699	16 491	1,3 %
Vaccination santé publique	Nombre d'usagers	1 619	1 558	3,9 %
	Nombre d'interventions	2 373	2 235	6,2 %
Centre d'abandon du tabac	Nombre d'usagers	625	647	(3,4 %)
	Nombre d'interventions	1 063	1493	(28,8 %)
Clinique santé voyage	Nombre d'usagers	1 123	895	25,5 %
	Nombre d'interventions	1 426	1 218	17,1 %

ENJEU 2.
ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

2.1 AVANCÉES DANS L'ACCESSIBILITÉ MÉDICALE POUR NOTRE POPULATION

2.1.1 GACO : DES EFFORTS SOUTENUS POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ORPHELINS

Depuis sa mise en fonction en 2009, 28 483 usagers se sont inscrits au Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO). En date du 31 mars 2015, 10 004 ont été pris en charge par des médecins de famille, dont 729 au cours de la dernière année. Ainsi, après plusieurs années de développement de la prise en charge, bien que celle-ci évolue encore, le rythme d'augmentation diminue.

Actuellement, 13 623 usagers inscrits au GACO sont en attente d'une prise en charge par un médecin. En moyenne, le guichet a reçu 670 nouvelles inscriptions par mois au cours de la dernière année. Afin de subvenir à la tâche d'évaluation des dossiers, le GACO a doublé ses effectifs infirmiers.

2.1.2 VERS UN ACCÈS PLUS RAPIDE GRÂCE À L'ACCUEIL CLINIQUE

L'Accueil clinique s'inscrit de plus en plus dans les pratiques de référence des médecins de première ligne du territoire afin de faciliter l'accès à des services spécialisés pour les usagers. Les activités ont atteint 758 épisodes de soins cette année, comparativement à 676 l'année précédente. En dirigeant un usager vers cette voie d'entrée, pour des conditions semi-urgentes bien définies, le médecin de famille lui donne accès à des soins efficaces et rapides et évite ainsi à l'usager un détour par l'urgence. Ce dernier voit également sa démarche simplifiée et ses consultations accélérées, notamment grâce au rôle élargi des infirmières et au développement d'ordonnances collectives. L'Accueil clinique couvre les territoires de Bécancour-Nicolet-Yamaska, Maskinongé et Vallée-de-la-Batiscan.

2.1.3 LA TABLE MÉDICALE TERRITORIALE : UN LIEU DE COORDINATION ENTRES LES GMF ET LE CSSS

Des représentants médicaux du CSSS de Trois-Rivières prennent une part active aux travaux de la Table médicale territoriale. L'accessibilité à un médecin de famille constitue toujours la priorité centrale de cette instance. Les travaux se poursuivent dans l'élaboration d'une vision partagée de l'offre de service de première ligne et dans la concertation des efforts des partenaires. Au cours de la dernière année, le nombre d'inscriptions en GMF est passé de 64 031 à 65 136. Le taux de prise en charge par les médecins de famille du RLS de Trois-Rivières est actuellement à 68 %.

2.1.4 UNE ÉQUIPE MÉDICALE TOUJOURS EN CROISSANCE

L'établissement a accueilli cette année 21 nouveaux membres actifs, soit 18 médecins, pour un total de 357 médecins, dentistes et pharmaciens dans notre établissement. La plupart des besoins en spécialités sont comblés. Cependant, des défis restent à relever pour répondre aux besoins de la population en matière d'accès aux services en médecine familiale, gériatrie, santé mentale et plastie.

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX				
Guichet d'accès pour la clientèle orpheline	Nombre d'usagers pris en charge	729	2 212	(67 %)
Accueil clinique	Nombre d'usagers	758	676	12,1 %
Recrutement médical (omnipraticiens et spécialistes)	Nombre de médecins recrutés	18	17	5,9 %
	Nombre de départs	12	7	71,4 %
	Arrivée nette de nouveaux médecins (membres actifs)	6	10	(40 %)

2.1.5 LE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES APPRÉCIÉ

Une équipe de huit infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) contribue à l'amélioration de l'accessibilité aux soins en GMF, à l'UMF, en santé mentale et en santé scolaire. Qui plus est, le taux de satisfaction des usagers qui reçoivent des soins d'une IPSPL est phénoménal. Près de 99,8 % des usagers sondés se disent satisfaits ou très satisfaits des soins reçus, de la relation, des informations données et la durée de la consultation. La totalité des usagers sondés recommanderaient la consultation à une IPSPL et ils sont d'accord pour dire que la consultation a été à la hauteur de leurs attentes, que l'accès est rapide, que cela permet d'éviter les urgences et qu'ils ont confiance envers le professionnel.

Le travail des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) est apprécié. M. Francis Frenette, Mme Anny Poulin, M. Éric Fortin, Mme Marie-Renée Picard et Mme Sophie Longpré sont au nombre des IPSPL qui oeuvrent au CSSS de Trois-Rivières.

2.1.6 PHARMACIE : ACTIVITÉS SOUTENUES ET AMÉLIORATION CONTINUE

Le volume d'activités à la pharmacie a été soutenu au cours de la dernière année. Les secteurs de la validation des ordonnances a connu une augmentation de 15 % des activités alors que les demandes de préparation des médicaments en oncologie sont de 10 % plus importantes. L'équipe du secteur de l'hémato-oncologie a été très active cette année. L'actualisation du projet LEAN ainsi que le rehaussement et l'aménagement des installations sont deux projets phares de ce secteur.

Le comité tactique du circuit du médicament a poursuivi ses travaux afin d'assurer une prestation de soins sécuritaires et de qualité concernant tous les processus relatifs au circuit. Le regroupement au Centre St-Joseph des équipes des cliniques d'anticoagulothérapie a permis aux usagers de bénéficier d'un meilleur accès physique aux lieux et de locaux mieux adaptés.

2.2 DES SERVICES MIEUX ADAPTÉS AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES

2.2.1 LES SERVICES À DOMICILE : ACCÈS ET INTENSIFICATION DES SERVICES

L'adoption de la Politique d'accès aux services de soutien à domicile permet de mieux desservir la clientèle grâce à de nouvelles balises. On assure ainsi une meilleure équité pour l'ensemble des usagers nécessitant des services à domicile. Cela a cependant entraîné des ajustements au service d'accueil des demandes et une révision graduelle de l'offre de services dans certains centres d'activités.

La politique précise les conditions d'admissibilité aux services, la trajectoire liée aux épisodes de soins et services ainsi que les critères de mise en priorité des demandes. Elle est basée sur une approche favorisant la responsabilisation, l'autonomie et l'autodétermination des individus.

L'organisation du travail a été revue en soins infirmiers à domicile favorisant une meilleure répartition des tâches entre le personnel et une plus grande efficacité dans la dispensation des services. Une importance majeure est également accordée à la collaboration et au transfert d'information entre les équipes de soutien à domicile et les médecins pratiquant en GMF et en cabinets privés.

Contrairement aux années précédentes, les services de soutien à domicile n'ont pas connu de rehaussement de ressources. Grâce à l'implication des équipes, le nombre d'interventions demeure tout de même en hausse de 14 % par rapport à l'année 2013-2014.

Au total, 266 855 heures-services ont été dispensées, dont 154 515 aux programmes soutien à l'autonomie de la personne âgée, 108 875 en déficience physique et 3 762 en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme. Globalement, il s'agit d'une augmentation de 10 %.

2.2.2 LE SYSTÈME DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE

Dans le cadre de la mise en place graduelle du système de soutien à l'autonomie, les démarches se sont poursuivies tout au long de l'année 2014-2015. Au cours de l'automne 2014, en plus de la mise à jour des évaluations par l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) des personnes inscrites au programme soutien à l'autonomie de la personne âgée, l'ensemble des personnes inscrites aux Programmes déficience physique et déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme ont été évaluées.

2.2.3 L'INTÉGRATION DES SERVICES SE POURSUIT

Dans le but de consolider l'intégration des services, un ajustement de la structure organisationnelle de la direction a été effectué en juin 2014. Les équipes psychosociales du secteur soutien à domicile et les équipes psychosociales et de liaison en courte durée ont été regroupées dans une même unité de gestion. Ainsi, nous favorisons le développement d'une vision commune et facilitons le développement de l'approche de gestion de cas qui vise à offrir des services de façon continue et coordonnée avec efficience et efficacité. La communication entre les divers intervenants y est plus fluide et on évite ainsi la duplication des évaluations.

Une nouvelle trajectoire psychosociale entre les intervenants de la courte durée et ceux du soutien à domicile a été mise en place en mai 2014 dans deux unités de médecine. Ainsi, lorsqu'un usager connu des services psychosociaux à domicile est hospitalisé, l'intervenant du soutien à domicile poursuit son suivi, ce qui facilite une planification de départ adaptée aux besoins et à la réalité de l'usager.

2.2.4 SOINS PALLIATIFS : UNE APPROCHE INTÉGRÉE

L'approche de gestion de cas a aussi été intégrée dans le continuum de soins palliatifs pour l'accompagnement de la personne qui chemine vers la fin de vie. Cette approche implique tous les professionnels de l'équipe. Ainsi, ils assurent le leadership dans la gestion du suivi notamment parce qu'ils développent un lien significatif et continu auprès de l'usager et de ses proches.

De plus, l'ajout de deux nouveaux médecins à l'équipe des soins palliatifs à domicile favorise la réponse aux besoins des personnes et, ainsi, le maintien dans le milieu de vie le plus longtemps possible, suivant la situation et les volontés de chacun.

2.2.5 LA PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS : UNE PRIORITÉ

La mobilisation contre la maltraitance est un dossier très actif. Au total, ce sont 258 personnes qui ont été formées afin de repérer les situations potentielles et de poser les actions pertinentes selon la situation.

Une équipe a participé à l'élaboration et à la mise en place de l'entente sociojudiciaire. Il s'agit d'une première au Québec. Cette entente appliquée dans toute la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec permet des actions concertées entre les différents partenaires impliqués, notamment les établissements du réseau, la Sécurité publique, la Commission des droits de la personne et de la jeunesse et la Direction des poursuites criminelles et pénales. Nous sommes impliqués dans le suivi de l'entente qui pourrait être déployée graduellement dans d'autres régions du Québec.

2.2.6 PERTE D'AUTONOMIE : AGIR DE FAÇON PROACTIVE

Le repérage de la clientèle à risque de perte d'autonomie a été consolidé au cours de l'année. Déjà implantés auprès de plusieurs partenaires, les processus relatifs à cette fonction ont été revus, ce qui a permis d'intensifier ce repérage au service d'urgence du CHAUR et de l'adapter en fonction des outils maintenant à notre disposition. Un état de situation est présenté régulièrement aux partenaires impliqués.

Le Programme de prévention des chutes IMP (interventions multifactorielles personnalisées) s'est poursuivi avec une augmentation de 12 % du nombre de personnes rejointes. Les liens se poursuivent en continu afin de pouvoir rejoindre la clientèle ciblée par le programme.

2.2.7 LES PROGRAMMES GÉRIATRIQUES ET LA FLUIDITÉ DES SERVICES

Afin d'améliorer la fluidité du continuum gériatrique, des modalités ont été mises en place concernant la transmission et l'utilisation des informations cliniques en provenance des équipes de réadaptation en courte durée. Ceci favorise la continuité rapide du suivi lors des transferts vers les programmes gériatriques et évite la duplication de certaines interventions. On note d'ailleurs une augmentation de 12 % du nombre d'admissions par rapport à 2013-2014.

Dans un souci d'efficacité et d'efficience, les centres d'activité du service ambulatoire de gériatrie et de l'unité de courte durée de gériatrie ont été fusionnés. Ainsi, le partage d'expertise au sein du programme soutient le continuum de services.

La préoccupation de donner accès aux lits de courte durée en temps opportun pour les clientèles nécessitant des soins aigus est présente dans les différentes composantes. Des travaux ont permis la mise en place de deux lits de débordement à l'unité de courte durée de gériatrie.

2.2.8 L'HÉBERGEMENT DANS LA COMMUNAUTÉ

Au 31 mars 2015, nous comptions 20 ressources non institutionnelles (15 ressources intermédiaires et cinq résidences d'accueil) pour 456 places. Nos professionnels travaillent en étroite collaboration avec les responsables des ressources et leur personnel pour assurer un suivi répondant aux besoins des usagers. Des comités ont été mis en place afin d'assurer l'harmonisation des pratiques cliniques dans les différents milieux. Des rencontres régulières avec les responsables de ressources permettent la diffusion des pratiques cliniques.

L'équipe spécifique du soutien à domicile en résidences privées pour aînés apporte un soutien aux responsables de résidences en intervenant de façon ponctuelle sur des éléments pouvant compromettre le maintien dans le milieu de vie et en fournissant l'enseignement requis aux usagers et au personnel des ressources. En plus des activités connexes, cette équipe est intervenue auprès de 567 usagers répartis dans l'ensemble des résidences privées du territoire permettant, dans plusieurs cas, d'éviter des consultations ou transferts vers les services de courte durée.

2.2.9 DES PARTENARIATS BIEN PRÉSENTS

Afin de rejoindre plus de personnes dans leur milieu, le Centre de jour a poursuivi la décentralisation de ses activités en collaboration avec l'OMH et avec certaines résidences privées. De plus, une collaboration avec l'Association Parkinson de la Mauricie permet de rejoindre cette clientèle par une programmation spécifique de façon régulière.

La mesure de soutien communautaire en OMH permet d'y assigner une infirmière clinicienne et une intervenante sociale. Globalement, près de 300 personnes résidant dans les différentes installations participent aux activités de repérage, promotion et prévention qui se répètent à quelques reprises durant l'année.

Les équipes collaborent quotidiennement avec l'ensemble des partenaires impliqués dans la dispensation des services aux personnes vivant avec des incapacités et à leurs proches aidants.

Les centres de jour permettent aux personnes âgées de socialiser, en plus de participer à diverses activités physiques.

ENTENTE DE GESTION				
INDICATEUR	CIBLE ANNUELLE	CUMULATIF 2014-2015	CUMULATIF 2013-2014	% DE VARIATION
SANTÉ PUBLIQUE				
Nombre d'usagers ayant accès au Programme IMP	249	310	275	12,72 %
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES AÎNÉES				
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues par les différents modes de dispensation de soins	240 853	266 855	242 938	9,8 %

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES				
Ressources intermédiaires et résidences d'accueil	Nombre d'usagers	438	1045	(58 %)
	Taux d'occupation	97,22	95,8	1,5 %
	Jours-présence	163 207	153 438	6,37 %
PROGRAMMES GÉRIATRIQUES				
Services ambulatoires gériatriques	La présence	2 381	2063	15,41 %
	Nombre d'usagers par jour	12,5	10,5	19,05 %
Centre de jour	Nombre de jours-présence	10 413	10 635	(2,09 %)
PROGRAMME SOUTIEN À DOMICILE				
Aide à domicile	Nombre d'usagers	1 733	1 651	5 %
	Nombre d'interventions	191 964	154 435	24,3 %
Services psychosociaux	Nombre d'usagers	2 855	2 597	9,9 %
	Nombre d'interventions	17 596	14 702	19,7 %
Soins infirmiers	Nombre d'usagers	5 872	5 975	(1,7 %)
	Nombre d'interventions	79 343	78 808	0,7 %
Ergothérapie	Nombre d'usagers	1 730	2 069	(16,4 %)
	Nombre d'interventions	13 227	14 072	(6 %)
Inhalothérapie	Nombre d'usagers	514	572	(10,1 %)
	Nombre d'interventions	3 546	4 047	(12,4 %)
Nutrition	Nombre d'usagers	372	367	1,4 %
	Nombre d'interventions	1 290	1 544	(16,5 %)
Physiothérapie	Nombre d'usagers	1 643	1 739	(5,5 %)
	Nombre d'interventions	8 740	8 528	2,5 %
Prêt d'équipements	Nombre de prêts	8 025	8 155	(1,6 %)
Total soutien à domicile	**Nombre d'usagers différents**	**7 842**	**8 013**	**(2,1 %)**
	Nombre d'interventions	**315 706**	**276 136**	**14,3 %**

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
Soins palliatifs à domicile	Nombre d'usagers	467	500	(6,6 %)
	Nombre d'interventions	14 203	15 446	(8 %)
RÉPIT EN ALLOCATION DIRECTE				
Répit aux familles	Nombre d'usagers déficience physique	97	125	(22,4 %)
	Nombre d'usagers déficience intellectuelle	169	196	13,8 %
	Nombre d'usagers TED	177	154	14,9 %
Soutien aux proches aidants	Nombre d'usagers	518	502	3,2 %
Maintien à domicile des personnes handicapées (MADPH)	Nombre d'usagers	129	135	(4,4 %)
Programme transport-hébergement	Nombre d'usagers	451	343	31,5 %
MÉCANISMES D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT				
	Nombre de demandes	604	567	6,5 %
HEURES-SERVICE LONGUE DURÉE EN SOUTIEN À DOMICILE				
SAPA (soutien à l'autonomie des personnes aînées)	Heures-service	154 515	132 409	16,7 %

ACTIVITÉS	DURÉE MOYENNE DE L'ATTENTE AU 31 MARS	
	2014-2015	2013-2014
RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES		
Services psychosociaux à domicile	2 mois	4 mois
Nutrition à domicile	6 mois	6 mois
Ergothérapie à domicile	6 mois	4 mois
Physiothérapie à domicile	6 mois	4 mois

2.3 ENFANCE ET JEUNESSE : POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES FAMILLES

2.3.1 INTÉGRATION DES CLINIQUES EXTERNES DE PÉDIATRIE

L'intégration, en 2014, des cliniques externes de pédiatrie et de gynécologie au Programme jeunesse, famille, santé mentale et santé publique a permis la finalisation du regroupement des activités rattachées à cette clientèle. Ce continuum de soins et services favorise un suivi optimal de toute problématique de santé féminine ou infantile.

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX				
Centre parents-enfant	Nombre total de naissances	1 750	1 838	(4,8 %)
	Nombre de naissances en provenance du territoire Trois-Rivières	1 102	1 146	(3,8 %)
Procréation médicalement assistée	Nombre de visites	8 098*	1 144	N/A
	Nombre de grossesses	199	159	25,2 %
Néonatologie	Nombre de jours-présences	1 518	1 723	(11,9 %)

**Contrairement aux données précédentes où seules les premières visites étaient inscrites dans le rapport annuel, la donnée de cette année représente l'ensemble des visites en PMA.*

2.3.2 DES BRACELETS ÉLECTRONIQUES POUR LES NOUVEAU-NÉS

Le Centre parents-enfant a rehaussé, au cours de l'année 2014, l'ensemble des mesures afin d'assurer la sécurité des nouveau-nés par l'ajout de caméras de surveillance et l'introduction de bracelets électroniques reliés à un système d'alarme. Le bracelet électronique porté par le nouveau-né permet de signaler tout départ non planifié du Centre parents-enfant. De plus, une campagne d'information a permis de sensibiliser les intervenants, parents et visiteurs sur leur rôle quant à la sécurité des nouveau-nés.

Le Centre parents-enfant a accueilli 1 750 bébés au cours de l'année 2014-2015.

2.3.3 NOUVEAUX SERVICES AUX PROGRAMMES ENFANCE ET FAMILLE 0-5 ANS

Pour diminuer les listes d'attente, l'équipe du Programme enfance et famille 0-5ans a travaillé à la mise en place de nouveaux services et activités afin de répondre aux besoins des familles.

Des ateliers de développement animés par des psychoéducatrices ont eu lieu en moyenne de trois à quatre demi-journées par semaine pour soutenir le parent dans l'actualisation de son rôle et permettre à l'enfant de bien se développer.

Les nouveau-nés ayant besoin de dépistage de l'ictère néonatal (jaunisse), reçoivent maintenant ce service à domicile par une infirmière, évitant ainsi aux parents des déplacements vers le Centre parents-enfant avec leur nouveau-né.

Enfin, le projet la Virée des mères a permis à un groupe de parents de réaliser une course de 5 km dans le cadre de la Virée du Maire de Trois-Rivières. L'objectif du projet était de briser l'isolement et d'augmenter l'estime des participants par la promotion de saines habitudes de vie.

2.3.4 SERVICE PARENT-SOUTIEN : UN ACCOMPAGNEMENT OFFERT AUX PARENTS DANS L'ACTUALISATION DE LEUR RÔLE PARENTAL

En collaboration avec les organismes communautaires et le Centre jeunesse et grâce à des ententes de services, l'équipe du Programme enfance et famille 0-5 ans a actualisé le service de parent-soutien. Ce service vise à accompagner le parent dans l'actualisation de son rôle parental. Pour ce faire, des intervenants d'organismes communautaires effectuent des visites à domicile pour soutenir les parents à la suite de l'accouchement. En 2014-2015, 416 jours de répit ont été offerts aux parents, ce qui représente un total de 3628 heures pour 100 enfants différents.

2.3.5 UNE ÉQUIPE MOBILISÉE POUR LA CLIENTÈLE JEUNESSE 6-18 ANS

Au cours de l'année 2014-2015, les intervenants sociaux du Programme jeunesse et famille 6-18 ans rattachés aux écoles primaires du territoire ont soutenu près de 1 300 usagers, soit l'équivalent de l'an dernier. Pour les écoles secondaires, on note une augmentation de 7 % des usagers rejoints, passant de 539 à 577 usagers. Il est important de souligner une forte augmentation du soutien intensif de crise familiale qui voit le nombre d'usagers passer de 135 à 187 en 2014-2015, ce qui représente une augmentation de 39 %. Ces résultats sont attribuables à un bel effort collectif et au souci d'offrir un service de qualité.

2.3.6 RÉADAPTATION 0-5 ANS : AUGMENTATION DES DEMANDES DE SERVICES

Au cours de la dernière année, une augmentation de 30 % des demandes en orthophonie a été observée. Bien qu'il soit difficile d'expliquer la raison de cette augmentation, il s'avère que l'ensemble des besoins liés à ces demandes correspond à l'offre de service. Les stratégies d'action mises en œuvre lors du projet d'optimisation se poursuivent, avec des résultats probants quant aux délais d'attente. Le soutien d'étudiantes, au cours de l'été 2014, a aussi permis de diminuer les délais d'attente. De plus, la mise en place de groupes pour les enfants âgés de deux et trois ans a contribué à améliorer l'accessibilité au service et les parents se disent très satisfaits de leur participation aux activités.

2.3.7 SANTÉ MENTALE JEUNESSE ET PÉDOPSYCHIATRIE : DÉVELOPPEMENT DE GROUPES SPÉCIALISÉS

Le déploiement de groupes pour les jeunes est une nouveauté pour le secteur santé mentale jeunesse pour 2014-2015. Les intervenants de première et deuxième lignes ont jumelé leur expertise afin de développer des groupes spécialisés traitant de thèmes comme l'anxiété, les habiletés sociales ainsi que la gestion de la colère. Bien que le regroupement des enfants présentant les mêmes difficultés ait un effet bénéfique du point de vue clinique, le service individuel demeure disponible.

Préoccupée par les délais d'attente, l'équipe a mis en œuvre un projet d'optimisation en mars 2015. Les efforts déployés devraient contribuer à diminuer ces délais dans la prochaine année.

Le nombre d'usagers vus en pédopsychiatrie demeure le même que l'an dernier. Combler les plages manquantes en termes de ressources médicales demeure toutefois un défi. Avec l'implantation de la télémédecine en janvier 2015, un médecin du Centre hospitalier universitaire Ste-Justine a repris une plage vacante. Ainsi, les services ont repris à la fréquence d'une présence par semaine pour ce médecin. Le recrutement de pédopsychiatres demeure une priorité pour l'établissement.

Plus de 500 enfants ont pu bénéficier du service d'orthophonie, service pour lequel on note une amélioration des délais d'attente.

DÉLAIS D'ATTENTE

ACTIVITÉS	DURÉE MOYENNE DE L'ATTENTE AU 31 MARS	
	2014-2015	2013-2014
Orthophonie	2-6 mois	6 mois
Ergothérapie	8-10 mois	8 mois
Santé mentale jeunesse (première ligne)	2 mois	2,5 mois
PÉDOPSYCHIATRIE (DEUXIÈME LIGNE)		
0-5 ans	1 mois	1 mois
6-12 ans	9-12 mois	9-12 mois
12-17 ans	1-3 mois	3 mois

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
Santé parentale et infantile	Nombre d'usagers	2 115	2 172	2,6 %
	Nombre d'interventions	3 447	3 266	5,6 %
Jeunes en difficulté	Nombre d'usagers	2 738	2 608	5 %
	Nombre d'interventions	12 222	13 180	(7,3 %)
Service d'orthophonie en jeunesse	Nombre d'usagers	508	426	19,2 %
	Nombre d'interventions	1980	1 644	20,4 %
Services d'ergothérapie en jeunesse	Nombre d'usagers	86	146	(41,1 %)
	Nombre d'interventions	525	537	(2,2 %)
Pédopsychiatrie	Nombre de consultation	674	632	6,6 %
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	Nombre d'usagers	1 017	931	9,2 %
	Nombre d'interventions	7 600	6 401	18,7 %

Dre Nicole Desrosiers Carré, pédopsychiatre au Centre Arc-en-Ciel

2.4 SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES : MISER SUR L'ACCESSIBILITÉ

2.4.1 RUPTURE SOCIALE ET ITINÉRANCE : MISE SUR PIED D'UNE ÉQUIPE DE SOINS DE PROXIMITÉ

Les travaux menés par le comité directeur de l'équipe itinérance au cours du dernier exercice ont finalement permis la consolidation et la récurrence financière nécessaire à la poursuite des efforts pour rejoindre et accompagner des personnes exposées à des problématiques de désaffiliation sociale. Né de la concertation entre des organismes communautaires (Point de Rue, le Centre le Havre) et des établissements (CSSS de Trois-Rivières et Domrémy), ce modèle d'intervention inter-organisationnel et interdisciplinaire a été cité en référence à titre d'approche prometteuse dans la Politique nationale de lutte à l'itinérance du MSSS en 2014.

Dans cette foulée innovatrice, l'équipe de soins de proximité du CSSS de Trois-Rivières, mise en place en janvier 2014, a consolidé ses actions avec ces mêmes partenaires permettant ainsi de dispenser des soins de proximité à quelques 74 personnes grandement vulnérables en situation de rupture sociale.

2.4.2 SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE ADULTE : UNE AMÉLIORATION DE LA TRAJECTOIRE DE SERVICES

Dans le souci d'améliorer l'accessibilité aux services, des précisions concernant les balises ont été apportées dans les secteurs d'activités. Ainsi, une meilleure gestion des épisodes de services, la consolidation des équipes de professionnels et la contribution significative des équipes ont permis de diminuer les délais d'accès. Un premier rendez-vous à l'équipe d'évaluation de traitement de 1ère ligne en santé mentale, à l'équipe de soutien d'intensité variable et à l'équipe dépendance est possible dans un délai de 30 jours.

Par contre, des absences de personnel et la difficulté de recrutement ont contribué à la difficulté d'atteinte de certaines cibles, tant au niveau du nombre d'usagers rejoints que par rapport aux délais d'accès. L'équipe maintenant consolidée œuvre à une démarche afin d'améliorer l'accès et le délai de réponse aux demandes de services.

Au niveau des dépendances, 100 % des actions de prévention prévues ont été mises en oeuvre dans les services cliniques de 1ère ligne.

2.4.3 SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE : LES ACTIVITÉS SE MAINTIENNENT

Les services spécialisés en santé mentale maintiennent l'accessibilité avec 2 252 personnes ayant bénéficié des services d'un psychiatre, comparativement à 2 206 l'année précédente (hausse de 2 %).

ENTENTE DE GESTION				
INDICATEUR	CIBLE ANNUELLE	CUMULATIF 2014-2015	CUMULATIF 2013-2014	% DE VARIATION
POURSUIVRE LA RÉALISATION DU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE				
Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services de soutien d'intensité variable	146	121	110	10 %
Nombre de jeunes et d'adultes souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale en première ligne offerts en CSSS	1 374	1 272	1 195	6,4 %
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e et 3e lignes en santé mentale est supérieur à 60 jours	140	248	137	81 %
DÉPENDANCES				
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par les CSSS	194	202	202	- %

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE – ADULTES				
Accueil-Analyse-Orientation-Référence	Nombre de sans-rendez-vous	1620	1369	18,3 %
	Nombre d'appels	5692	5642	0,9 %
Services ambulatoires	Nombre de sorties de crise	53	30	76,7 %
	Nombre d'usagers	907	926	2,1 %
Soutien d'intensité variable dans la communauté	Nombre d'interventions	5 178	4 667	10,9 %
	Nombre d'usagers	320	305	4,9 %
Services en dépendances	Nombre d'entrevues	1570	1456	7,8 %
	Nombre d'usagers	190	184	3,3 %
SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE – ADULTES				
Services externes spécialisés de deuxième ligne	Nombre d'usagers	2 252	2 206	2,1 %
Hospitalisations en psychiatrie	Nombre d'admissions	386	368	4,9 %
	Nombre de jours-présence	8 429	8 096	4,1 %
	Durée moyenne séjour (jours)	20,5	23	(10,9 %)
Hospitalisation à l'unité d'hospitalisation brève (UHB)	Nombre d'admissions	126	154	(18,2 %)
	Nombre de jours-présence	840	905	(7,2 %)
	Durée moyenne séjour (jours)	5,57	6	(7,2 %)
Urgence	Nombre de consultations en psychiatrie	1 282	1 684	(23,9 %)
	Durée moyenne séjour en psychiatrie	17,84	15,1	18,1 %

DÉLAIS D'ATTENTE		
ACTIVITÉS	DURÉE MOYENNE DE L'ATTENTE AU 31 MARS	
	2014-2015	2013-2014
Services ambulatoires de santé mentale de première ligne	< 30 jours	< 180 jours
Soutien d'intensivité variable dans la communauté	< 30 jours	< 60 jours
Services de dépendances de première ligne	Aucun délai	Aucun délai
Services psychosociaux généraux – excluant le soutien à domicile	< 200 jours	< 150 jours
Accueil psychosocial	< 48 heures	< 24 h pour un premier retour d'appel
Services externes spécialisés de deuxième ligne	< 180 jours	< 180 jours

2.5 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME (DI-TSA) ET DÉFICIENCE PHYSIQUE: FLUIDITÉ ACCRUE ET APPROCHE DE PROXIMITÉ

Le projet d'optimisation conjoint avec le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire (CRDITED MCQ - IU), mis en place dans les trois dernières années, est toujours en vigueur. La fluidité demeure efficace dans les transferts de dossiers d'un établissement à l'autre et la co-intervention est de plus en plus fréquente.

L'approche de proximité via le projet « Le Rebond » se poursuit au sein de l'équipe. Plusieurs activités et de nouveaux partenaires s'y sont greffés. Depuis deux ans, nous pouvons constater l'impact positif de ce type d'intervention sur la clientèle. Le bris de l'isolement, les apprentissages permettant de progresser vers une meilleure autonomie et les nouvelles expériences renforcent l'estime de soi de cette clientèle.

L'intégration au sein du Programme DI-TSA de la clientèle présentant des troubles d'adaptation sociale est bénéfique pour ces personnes n'ayant pas de diagnostics formels. Trop lourde pour les services courants généraux, cette clientèle peut maintenant bénéficier de services convenant davantage à ses besoins.

ENTENTE DE GESTION				
INDICATEUR	CIBLE ANNUELLE	CUMULATIF 2014-2015	CUMULATIF 2013-2014	% DE VARIATION
DÉFICIENCES (PHYSIQUE, INTELLECTUELLE ET TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT)				
Pourcentage des demandes de services traitées dans les délais pour personne ayant une déficience physique	90 %	96,4 %	88,8 %*	8,6 %
Pourcentage des demandes de services traitées dans les délais pour personne ayant une déficience intellectuelle et TED	90 %	98,8 %	84,5 %	16,9 %

** Donnée ajustée après la publication du rapport annuel de gestion 2013-2014.*

Une partie de l'équipe de la pharmacie qui a travaillé au projet de pharmacie satellite en hémato-oncologie. Tout y a été pensé afin d'optimiser leur travail et le rendre plus sécuritaire, en utilisant autant que possible des parois vitrées afin de décloisonner les espaces. On aperçoit M. François Lemire, pharmacien, Mme Jennifer Bureau, assistante technique en pharmacie, Mme Marie-Noëlle Parenteau, pharmacienne et Mme Mélanie Masse, pharmacienne.

ENJEU 3.
CONSOLIDATION DE LA MISSION RÉGIONALE HOSPITALIÈRE

3.1 LES PROJETS IMMOBILIERS

3.1.1 PHASE II – À L'AUBE DE LA CONCRÉTISATION DU PROJET

La dernière année aura été l'occasion pour l'équipe de projets constituée de la Société québécoise des infrastructures, de la Direction des services techniques et des professionnels (architectes et ingénieurs) de finaliser l'ensemble des plans et devis pour l'appel d'offres de construction et de déposer aux différentes instances le dossier d'affaires du projet visant à obtenir le feu vert pour le démarrage des travaux qui prévoient des agrandissements de l'ordre de 12 600 mètres carrés et des réaménagements de 3 143 mètres carrés.

La Phase II permettra d'ajouter 50 lits à la capacité actuelle d'hospitalisation, de doter les cliniques externes de neurologie, de pneumologie, de cardiologie, d'urologie et de diabète de nouveaux locaux, de rehausser les installations de l'unité de santé mentale et de la réception des marchandises.

3.1.2 HÉMODYNAMIE : DES INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES POUR TRAITER EN URGENCE LES INFARCTUS

En février dernier, le projet d'implantation d'un service d'hémodynamie au CHAUR obtenait l'aval du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Toutes les étapes requises pour permettre les appels d'offres de construction seront complétées à l'été 2015. Les travaux de construction du nouveau bâtiment, d'une durée approximative d'un an, permettront de rendre disponibles tous les locaux et les équipements dédiés à ce nouveau service à l'automne 2016.

Près de 1 500 personnes de la Mauricie et du Centre-du-Québec bénéficieront, chaque année, d'interventions spécialisées en cardiologie, notamment pour le traitement en urgence d'infarctus. Cette spécialité vient consolider l'offre de services spécialisés de l'établissement.

3.1.3 NOUVELLE SALLE BLANCHE POUR LA PHARMACIE DE LA CLINIQUE D'HÉMATO-ONCOLOGIE.

En septembre 2014 a débuté la construction d'un nouveau bâtiment en façade du centre d'hémato-oncologie au CHAUR devant permettre la relocalisation de la pharmacie où sont réalisées les préparations pour les traitements de chimiothérapie. En plus d'offrir un environnement de travail plus fonctionnel et agréable pour l'équipe de la pharmacie, l'espace agrandi d'environ 150 mètres carrés permettra l'ajout d'équipement pour répondre à l'augmentation du nombre de traitements à préparer. La réalisation de ces travaux au niveau de la pharmacie amène l'établissement à procéder à des réaménagements qui bénéficieront aussi aux usagers qui reçoivent des traitements au centre d'hémato-oncologie.

3.1.4 D'AUTRES PROJETS IMMOBILIERS

CHAUR	• Travaux de réaménagement et de réfection de composantes du bâtiment liées au remplacement de plusieurs équipements médicaux spécialisés (imagerie médicale et médecine nucléaire, entre autres). • Réaménagement des postes d'accueil des cliniques externes générales, d'orthopédie et de cardiologie. • Réorganisation des laboratoires. • Réaménagement en soutien à l'implantation du système automatisé et robotisé de la distribution des médicaments (SARDM). • Remplacement de la fenestration en santé mentale. • Mise à niveau des installations de plomberie en lien avec la nouvelle réglementation.
Centre St-Joseph	• Réfection des ascenseurs de l'aile A. • Réorganisation du quai de réception de la buanderie. • Réfection de finis architecturaux dans plusieurs parties du bâtiment. • Mise à niveau des installations de plomberie en lien avec la nouvelle réglementation.
Centre d'hébergement Cooke	• Travaux de réaménagement et de réfection de composantes du bâtiment liées au remplacement de plusieurs équipements des services alimentaires.
Centre Cloutier-du Rivage	• Réfection de l'ascenseur de l'aile A. • Travaux de réaménagement et de réfection de composantes du bâtiment liées au remplacement de plusieurs équipements des services alimentaires.

3.1.5 ÉLIMINATION DES ZONES GRISES EN HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

Le niveau de réalisation des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité pour les activités de courte durée est réalisé à 100 % selon les directives du MSSS. Un registre précise quelles personnes nettoient chacun des équipements médicaux et à quelle fréquence, alors qu'un registre de suivi confirme que le travail est effectué.

3.2 CHIRURGIES : DES EFFORTS PORTEURS

En 2014-2015, l'établissement a dépassé la totalité des cibles aux mécanismes d'accès à la chirurgie fixées par le MSSS, à l'exception d'un écart de 0,4 % pour les interventions pour une prothèse totale de la hanche. Nous constatons par ailleurs une augmentation de 3,5 % des chirurgies pour une prothèse du genou. À noter que pour ce type d'intervention, de nombreux efforts ont été déployés afin de réduire le délai d'attente, efforts qui se traduisent par une nette augmentation de l'accessibilité. Le délai moyen d'accès à ce type de chirurgie est maintenant de 13 semaines, alors qu'en 2013-2014, l'attente était de 14,5 semaines.

ENTENTE DE GESTION				
INDICATEUR	CIBLE ANNUELLE	CUMULATIF 2014-2015	CUMULATIF 2013-2014	% DE VARIATION
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une PT Hanche	90 %	93,1 %	93,5 %	(0,4 %)
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une PT Genou	90 %	89,8 %	86,8 %	3,4 %
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour la cataracte	90 %	99 %	99 %	0 %
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	90 %	96,7 %	97,4 %	(0,7 %)
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie hospitalisée	90 %	98,2 %	98,9 %	(0,7 %)
Nombre de patients en attente d'une chirurgie élective >1 an.	0	17	0	N/A

Pour les patients dont l'attente est supérieure à un an, les dossiers ont été révisés et sept d'entre eux ont déjà été opérés ou une date a été fixée. Trois ont refusé les dates proposées et seront replanifiés prioritairement.

SUIVI D'INDICATEURS DE QUALITÉ SUPPLÉMENTAIRES

Nous avons récemment intégré deux nouveaux indicateurs de qualité qui sont suivis sur le tableau de bord du secteur chirurgical : le taux d'infection au site opératoire et le taux de réadmission dans les 30 jours suivants une intervention chirurgicale.

Selon les résultats fournis par le MSSS, le CSSS de Trois-Rivières a un taux de réadmission de 2,6 % alors que le taux pour la province du Québec est de 3 %. Les données du taux d'infection au site opératoire ne sont pas disponibles par le MSSS. Cependant, une analyse du Département d'infectiologie montre que, pour l'année 2013-2014, deux cas d'infection au site opératoire d'une prothèse de genou ont été répertoriés et aucun cas pour les prothèses de hanche, ce qui correspond à un taux de 0,45 %.

ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
Chirurgies d'un jour	Nombre d'usagers	10 055	10 288	(2,3 %)
	% d'interventions	62 %	63 %	Écart de (1 %)
	Nombre d'heures-présence	8 814	8 734	0,9 %
	% d'heures-présence	38,5 %	38,4 %	Écart de 0,1 %
Chirurgies hospitalisées	Nombre d'usagers	6 085	6035	0,8 %
	% d'interventions	37,7 %	36,9 %	Écart de 0,8 %
	Nombre d'heures-présence	14 095	13 670	3.1 %
	% d'heures-présence	61,5 %	61 %	Écart de 0,5 %
Total chirurgie principales	**Nombre d'usagers**	**16 140**	**16 323**	**(1,1 %)**
Total heures-présences	**Nombre d'heures-présence**	**22 909**	**22 404**	**2,3 %**

L'analyse des statistiques d'utilisation du bloc opératoire permet de constater une augmentation des heures-présence en salle d'opération de 2,25 %. Le nombre d'interventions baisse un peu (-1,1 %), mais ceci est en lien avec l'optimisation du circuit chirurgical qui vise à utiliser le bloc opératoire pour des chirurgies plus complexes.

3.2.1 LE CIRCUIT CHIRURGICAL : EN CONSTANTE ÉVOLUTION

Le principe de normothermie (conservation de la température corporelle interne dans les valeurs normales) a été appliqué à la clientèle du bloc opératoire, sauf pour les chirurgies ophtalmologiques. Il a été démontré que la normothermie diminue le risque de complications pendant et après l'intervention.

Au plan budgétaire, une évaluation des produits a été entreprise et ceux qui étaient peu utilisés ont été retirés ou font l'objet d'un achat groupé avec d'autres départements afin de diminuer les coûts d'acquisition.

Les fiches de matériel ont été révisées et les intervenants ont aussi été informés des coûts des fournitures médicales. Tous les prix ont été affichés sur les fiches de matériel de chirurgie afin de sensibiliser et inciter le personnel médical à une utilisation judicieuse du matériel chirurgical. L'ensemble de l'exercice a permis une économie de 286 000 $ cette année et se poursuivra.

3.2.2 NOUVELLE SALLE D'URGENCE AU BLOC OPÉRATOIRE : UN BILAN POSITIF

L'attribution d'une salle d'opération réservée aux urgences de jour, fonctionnelle depuis janvier 2014, a permis de réaliser 681 chirurgies d'urgence non planifiées tout en réduisant le nombre d'annulations et les impacts sur le programme opératoire déjà établi. Le taux d'annulation a diminué de 1 %. Les principales causes de ces annulations sont le débordement du programme opératoire et la réalisation de chirurgies urgentes.

Plusieurs intervenants se sont mobilisés pour mettre en œuvre le projet ERAS en chirurgie colorectale. À l'avant: M. Brian Dickinson, Dre France Gingras, Dr Yannick Dumont, Mme Joanne Maurice et Mme Philippe Lottin. À l'arrière: Mme Hélène Tremblay, M. Keven Martin, Mme Christine Pépin, Mme Annie Fiset, M. Éric Cardin, Mme Nathalie Boulet, Mme Joyce Lavoie, Mme Julie St-Onge, Mme Dominique Lord, M. Pierre Bigaouette, M. Éric Tétreault, Mme Chantal Doucet. Absents sur la photo: Mme Julie Gervais et M. Jean-Guillaume Gagnon.

3.2.3 NOUVELLE APPROCHE EN CHIRURGIE COLORECTALE : MISE EN PLACE DU PROJET ERAS

Des intervenants de plusieurs secteurs ont travaillé à l'implantation de l'approche ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) en chirurgie colorectale. Cette façon de faire préconise la mise en place d'éléments facilitant une réhabilitation précoce après la chirurgie. Tous les intervenants du continuum de soins sont incités à souscrire à cette approche qui vise à réduire la morbidité postopératoire en

diminuant au maximum l'impact physiologique de la chirurgie sur l'usager, ce qui lui permet une récupération beaucoup plus rapide.

Depuis ses débuts en février 2015, 22 usagers ont pu bénéficier de cette nouvelle approche et 17 d'entre eux ont pu retourner à la maison après un séjour moyen de 3,8 jours alors qu'auparavant, la durée d'hospitalisation moyenne pour ce type de chirurgie était de 6,8 jours.

Les intervenants du continuum ont observé une grande amélioration de la récupération postopératoire. Les usagers ont affirmé être très satisfaits de l'accompagnement reçu tout au long de l'épisode de soins.

3.2.4 CENTRE RÉGIONAL DE GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE : UNE AUGMENTATION SUBSTANTIELLE

En 2014-2015, 5 000 visites ont été comptabilisées à la clinique de gestion de la douleur chronique. Un travail d'optimisation de la prise en charge des nouveaux usagers par les différents intervenants de la clinique a été réalisé. Ce sont 1 235 usagers qui ont été vus à la clinique pour une première évaluation par les différents intervenants, ce qui représente une augmentation de 58 % en comparaison avec 2013-2014.

De plus, différents cours de groupe ont été mis en place pour outiller les usagers dans la gestion de leur douleur, améliorer leur condition et réduire l'isolement. Aussi, en partenariat avec l'Association québécoise de la douleur chronique, un groupe d'entraide a été mis en place permettant aux gens de notre région souffrant de douleur chronique et leurs proches d'échanger entre eux, d'assister à des séances d'information et des conférences. Tous ces efforts viennent appuyer la mission du Centre régional de gestion de la douleur chronique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, fruit d'un consortium formé par le CSSS de Trois-Rivières et le Centre de réadaptation InterVal.

3.3 ACTIVITÉS AMBULATOIRES : OPTIMISATION ET INTENSIFICATION

De façon générale, le nombre de visites aux cliniques externes ambulatoire du CSSS de Trois-Rivières est en hausse. Des travaux d'optimisation et une nouvelle répartition du personnel infirmier ont permis d'accroître l'accessibilité en médecine spécialisée sans ajout de nouveau personnel.

L'augmentation notée aux cliniques externes de chirurgie générale, orthopédie et oto-rhino-laryngologie (ORL) est principalement due au rapatriement des cliniques du Centre Cloutier-du Rivage vers le CHAUR. L'arrivée d'un nouveau médecin spécialiste en ORL a aussi contribué à la hausse de 39 % dans cette discipline.

La baisse du nombre de visites à la clinique musculo-squelettique s'explique par l'augmentation du nombre de traitements donnés par le médecin. Le temps de prise en charge est ainsi augmenté ce qui a un impact direct sur le nombre de visites.

Pour ce qui est de la diminution notée en ophtalmologie et en rhumatologie, la principale cause est le transfert de la clientèle de certains médecins à leur bureau privé.

3.3.1 CLINIQUE EXTERNE D'ORTHOPÉDIE : UNE RÉVISION DES PROCESSUS POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ

La deuxième phase du projet de réorganisation de la clinique externe d'orthopédie, débutée il y a un an, montre des résultats positifs. L'ensemble du processus a été revu en fonction d'une planification optimale en tenant compte des besoins des usagers, tout en respectant la réalité du personnel infirmier, administratif et des médecins. Le temps de passage moyen est maintenant de 84 minutes, ce qui constitue une nette amélioration comparativement à 129 minutes en janvier 2014. Les efforts combinés de tous ont permis d'accroître l'accessibilité aux usagers à la clinique d'orthopédie qui a accueilli 27 123 visiteurs cette année, soit 1 807 de plus que l'an dernier.

Les améliorations apportées à la clinique externe d'orthopédie s'expliquent par une mobilisation importante des intervenants. Les usagers bénéficient ainsi d'un meilleur accès à ce service.

3.3.2 NOUVEAU CONTINUUM : SUIVI SYSTÉMATIQUE DES PROTHÈSES DE HANCHE ET DE GENOU

Un nouveau continuum de soins a vu le jour pour les usagers devant subir une arthroplastie totale de la hanche ou du genou.

Les lignes directrices et les données probantes mises de l'avant par le CSSS Hull-Gatineau ont été inspirantes dans l'élaboration et la personnalisation de suivi en fonction de notre réalité. La révision de certaines pratiques par les médecins a grandement contribué, notamment par l'établissement d'un lien plus rapide avec la réadaptation.

La responsabilisation des usagers est facilitée par la mise en place d'une classe d'enseignement préopératoire (en groupe de 10) par l'équipe de la réadaptation ainsi qu'une infirmière de la médecine de jour.

Tous les intervenants travaillent de concert chaque jour afin d'optimiser chacune de leurs actions vers les objectifs de mobilisation et atteinte de l'autonomie des usagers pour réussir un retour à domicile sécuritaire après quatre jours.

3.3.3 ENDOSCOPIE : PLUS D'EXAMENS RÉALISÉS

L'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal est toujours en cours. Toutes les demandes de consultation ont été réévaluées et les usagers répondant aux critères ont été

avisés par écrit de la disponibilité du test de dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi). Un suivi des résultats est effectué et le médecin référent reçoit une lettre avec les recommandations du spécialiste.

En 2014-2015, 10 604 examens endoscopiques, digestifs et respiratoires ont été effectués comparativement à 10 298 en 2013-2014. Une période d'ouverture supplémentaire du plateau technique a permis de réaliser un surplus de 459 examens de colonoscopie pour des usagers qui étaient inscrits sur la liste d'attente. De plus, l'acquisition d'un entéroscope permet maintenant d'effectuer des entéroscopies sans délai lorsque requis.

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
Médecine de jour (CHR)	Nombre d'usagers	14 393	13 999	2,8 %
	Nombre de jours-soins	32 019	29 908	7,1 %
CLINIQUES EXTERNES - CHIRURGIE				
Orthopédie	Nombre de visites	27 123	25 316	10,8 %
Urologie	Nombre de visites	15093	15100	-
Chirurgie générale	Nombre de visites	17 038	16 294	4,6 %
Ophtalmologie	Nombre de visites	7 973	7 632	4,5 %
ORL	Nombre de visites	9 791	7 056	39 %
Chirurgie plastique	Nombre de visites	4 474	4 376	(1,9 %)
Neurochirurgie	Nombre de visites	4 019	3 921	2,4 %
Chirurgie vasculaire	Nombre de visites	3 193	2 821	13,2 %
Maxillo-faciale	Nombre de visites	116	113	2,7 %
Endoscopie	Nombre d'examens	11 868	10 298	3 %
CLINIQUES EXTERNES – AUTRES				
Musculo-squelettique	Nombre de visites	1 993	2 764	(27,9 %)
Rhumatologie	Nombre de visites	294	789	(62,7 %)
Dermatologie CHAUR	Nombre de visites	747	726	2,9 %
Dermatologie – Centre Cloutier-du Rivage	Nombre de visites	14 200	N/A	N/A

3.3.4 DES TRAVAUX MAJEURS À LA CENTRALE DE STÉRILISATION

Des travaux majeurs de modernisation ont été réalisés à la centrale de stérilisation du CHAUR. Le service a procédé au remplacement de deux laveurs et deux lave-chariots. Les nouveaux équipements ont permis d'améliorer la sécurité des employés au travail. La grande collaboration du personnel œuvrant au service de stérilisation et des différents intervenants affectés à ce projet a permis de maintenir les standards de qualité et de quantité pendant la période des travaux, de sorte que les services offerts n'ont pas été affectés.

3.3.5 GESTION INTÉGRÉE DES MALADIES CHRONIQUES ET SERVICES COURANTS

L'établissement travaille au développement d'un programme intégré en maladies chroniques, en conformité avec le cadre de référence ministériel. Celui-ci vise à faciliter la prise en charge de l'usager sur tous les continuums de soins, selon le principe de la hiérarchisation des services, c'est-à-dire de la prise en charge de l'usager par le médecin de famille à l'accès aux services spécialisés.

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
PROGRAMME D'INSUFFISANCE RÉNALE				
Clinique d'insuffisance rénale et clinique d'insuffisance rénale avancée	Nombre de jours-soins	893	884	1 %
	Nombre d'usagers	336	307	9,4 %
Hémodialyse en milieu hospitalier	Nombre de traitements	25 940	23 730	9,3 %
	Nombre d'usagers	170	158	1,8 %
Dialyse péritonéale	Nombre de traitements	9 131	8 850	3,2 %
	Nombre d'usagers	25	26	-
MALADIES MÉTABOLIQUES				
Diabète	Nombre d'usagers	468	576	(18,8 %)*
	Nombre de jours-soins	1 698	1 983	(14,4 %)*

**La diminution en clinique du diabète s'explique par une meilleure hiérarchisation des services des cas en favorisant les références en 1ère ligne. Les cas en clinique répondent davantage aux critères de 2e ligne donc plus complexes et demandant plus de suivis.*

LES SOINS INFIRMIERS COURANTS : HAUSSE DE 8 %

En plus de ses fonctions d'évaluation, de traitement, d'enseignement et d'orientation, le service des soins infirmiers courants a innové cette année en contribuant au suivi post opératoire de la clientèle sous protocole ERAS et en participant à la télésanté en soins de plaie.

Ce service a reçu 6 048 nouveaux usagers, totalisant 25 858 interventions, soit une augmentation d'usagers de 8 %.

CLINIQUE MPOC : PRISE CHARGE DE LA CLIENTÈLE ORPHELINE

En 2014-2015, la clientèle atteinte de la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) continue de bénéficier d'un suivi optimal d'intervenants de première et de deuxième ligne. De plus, à la suite de l'implantation de protocoles médicaux, il est possible pour la clientèle MPOC orpheline inscrite au GACO de Trois-Rivières de bénéficier des différents services du programme. Il est intéressant de noter que le programme répond en tout point aux attentes ministérielles.

CARDIOLOGIE : LE CONCEPT AMBULATOIRE DEMEURE STABLE

Le concept ambulatoire en cardiologie – qui cible plusieurs types de cardiopathologies – contribue à réduire le recours à l'hospitalisation. Le nombre d'usagers pris en charge en ambulatoire pour 2014-2015 se chiffre à 1 768, pour un total de 4 335 jours-soins. Ces données nous ramènent à la performance de 2012-2013 mais en-deçà de 2013-2014 où on pouvait bénéficier de projets spéciaux désormais inactifs. Nous observons donc une relative stabilité quant au nombre d'usagers en suivi par types de clientèle, sauf au niveau de la relance post-hospitalière. Par ailleurs, le nombre de jours-soins est en diminution de 12 % globalement. Une modification de la pratique médicale explique cet écart.

TRANSFERT DES ACTIVITÉS D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE MÉDICALE - CARDIOLOGIE

Les activités de cardiologie du Centre Cloutier-du Rivage sont désormais rapatriées au CHAUR. Les activités concernées s'ajoutent à celles qui étaient déjà présentes: l'électrocardiogramme (ECG) au repos, les épreuves d'effort, l'échocardiographie et le monitorage ambulatoire de la tension artérielle.

Quelques-uns des intervenants impliqués dans la démarche en vue de la désignation à titre de « Centre secondaire en AVC ». Devant : Mme Kim Naud, M. Philippe Lottin, Mme Sylvie Limoges, Mme Christiane Bertrand, Mme Louise Corbeil et Mme Lucie Pronovost. Derrière : Dr Olivier Roy, Dr Jean-François Arbour, Dr Richard Delisle, Mme Nadia Péloquin, M. Daniel Harasczuk, M. Marcel Rheault, Mme Hélène Laurent et M. René Therrien.

Absents de la photo : M. André Jacob, Dre Sophie Lapalme, Dr Mario Pelletier, Mme Nathalie Thiffault, M. Sylvain Tousignant et M. Bruno Vaillancourt.

PROGRAMME AVC : VERS UNE DÉSIGNATION DE « CENTRE SECONDAIRE EN AVC »

Le 27 février dernier, le CSSS recevait au CHAUR les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'accident vasculaire cérébral (AVC). Cette visite, couronnée de succès, nous permet d'être en voie d'obtenir la désignation de « Centre secondaire en AVC ».

Parmi les conditions nécessaires à cette désignation, mentionnons l'élaboration d'une trajectoire de soins et services sur tout le continuum AVC de la 1ère à la 3e ligne, l'application d'un cheminement clinique propre à cette clientèle et la création d'une unité de soins dédiée par un regroupement de lits avec personnel dédié. Par ailleurs, le programme a permis la mise en place de nouveaux processus : le « Code AVC » et le monitorage des éléments de chronodépendance en sont des exemples. L'objectif ultime du programme vise à réduire les séquelles et les risques de récidives pour la clientèle victime d'un AVC.

CLINIQUE DE SCLÉROSE EN PLAQUES : ACTIVITÉS STABLES

Avec 985 jours-soins pour 595 usagers, les activités de la clinique de sclérose en plaques ont connu une diminution de 8,5 % pour les jours-soins et de 7,2 % pour le nombre de patients par rapport à 2013-2014. Cette baisse est attribuable à une indisponibilité temporaire au sein de l'équipe de neurologues.

ENTENTE DE GESTION				
INDICATEUR	CIBLE ANNUELLE	CUMULATIF 2014-2015	CUMULATIF 2013-2014	% DE VARIATION
SANTÉ PHYSIQUE				
Pourcentage de conformité des établissements à l'algorithme décisionnel du RQCT D to N < 30 minutes (CHAUR)	80 %	68,2 %	73,8 %	(7,6 %)

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
CARDIOLOGIE				
Clinique ambulatoire de cardiologie	Nombre d'usagers	1 768	1 955	(9,6 %)
	Nombre de jours-soins	4 335	5 965	(27 %)
Électrophysiologie – CHAUR	Nombre d'unités techniques	2 027 912*	1 960 001	(4,4 %)
Électrophysiologie – Centre Cloutier-du Rivage	Nombre d'unités techniques	46 357(fin P4)	209 585*	N/A
NEUROLOGIE				
Clinique de sclérose en plaques	Nombre d'usagers	595	641	(7,2 %)
	Nombre de visites	985	1076	(8,5 %)

**L'utilisation d'un nouveau système d'information sous-évalue le nombre d'unités techniques effectué en 2014-2015 comparativement à 2013-2014. Le facteur de comparaison sera rétabli pour 2015-2016.*

Voici l'équipe de physiciens nucléaires. À l'avant : M. Philippe Bélanger, Mme Sharlie D. Vincent, Mme Guylaine Ayotte et M. Anthony Di Salvio. À l'arrière: M. Normand Frenière, M. Nicolas Charest, Mme Marie-Chantal Gagné, M. Dominic Gélinas et M. Florin Ceusan.

3.4 LUTTE CONTRE LE CANCER : DES OUTILS PERFORMANTS

3.4.1 HÉMATO-ONCOLOGIE : GESTION QUOTIDIENNE DE LA PERFORMANCE

Depuis janvier 2014, les intervenants de la clinique ambulatoire d'hémato-oncologie se réunissent quotidiennement devant un tableau de bord. Le déroulement de la journée en cours, la planification du lendemain, la revue des résultats et des indicateurs figurent parmi les points discutés. C'est aussi le moment pour prioriser des actions d'amélioration continue et faire les suivis. Cette démarche assure la pérennité des résultats à la suite de la réorganisation des services en hémato-oncologie réalisée en 2012 dans le cadre d'un projet Lean.

Malgré une augmentation de 10,5 % du nombre de traitements dispensés à la clinique ambulatoire, le temps moyen de prise en charge d'un usager se maintient à 17 minutes depuis près de trois ans.

3.4.2 MISE EN PLACE DES TECHNIQUES DE TRAITEMENT AVANCÉES EN RADIO-ONCOLOGIE

Depuis 2012, les quatre accélérateurs linéaires en radio-oncologie sont remplacés un à la fois sans affecter les services, ce qui constitue un défi considérable. Les nouveaux appareils dispensent des traitements à la fine pointe des développements cliniques. Grâce à l'appui financier de la Fondation, le 4e nouvel accélérateur est un tout nouveau modèle TrueBeam. Cet appareil permet de livrer une dose très élevée de rayonnement de façon très précise sur la surface à traiter, avec des conséquences négligeables pour les tissus sains à proximité.

ENTENTE DE GESTION				
INDICATEUR	CIBLE ANNUELLE	CUMULATIF 2014-2015	CUMULATIF 2013-2014	% DE VARIATION
SANTÉ PHYSIQUE				
Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	90 %	99,8 %	99,8 %	-
Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours calendrier	90 %	79 %	78,6 %	0,5 %
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 56 jours calendrier	100 %	95,9 %	94,5 %	1,5 %

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER				
Radio-oncologie	Nombre de visites-traitement	26 883	25 223	6,6 %
	Mises en traitement	1 862	1 799	3,5 %
Hémato-oncologie	Nombre d'usagers distincts ayant eu des traitements	1 281	1 284	0,2 %
	Nombre d'usagers distincts fréquentant la clinique	4 411	4 320	2,1 %
	Nombre de visites	28 202	26 974	4,6 %
	Nombre de traitements	9 631	8 712	10,5 %

Le service d'audiologie bénéficie maintenant d'une cabine d'examen moderne. La cabine et l'équipement ont été renouvelés au cours des deux dernières années.

3.5 SERVICES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES : UN MEILLEUR ACCÈS POUR LA POPULATION

Les services diagnostiques et thérapeutiques regroupent une vaste gamme de secteurs d'activités et d'expertises qui soutiennent les décisions médicales et contribuent aux soins et services dispensés.

3.5.1 BIOLOGIE MÉDICALE : UNE INTERACTION ACCRUE

La mise en place d'un nouveau système informatique constitue un élément central de l'année au service des laboratoires. Ce déploiement permet maintenant plusieurs interactions avec les autres laboratoires de la région, en plus d'alimenter le Dossier Santé Québec.

Par ailleurs, les laboratoires connaissent une baisse de leurs statistiques de production, résultat d'une combinaison de facteurs tels les changements de pratique au niveau de la prescription médicale, la baisse des valeurs pondérées du répertoire des analyses biomédicales émis par le MSSS, ainsi que le changement de système de comptabilisation des statistiques. Cette variation suit la tendance à la baisse pour l'ensemble de la région.

3.5.2 SERVICE DE RÉADAPTATION : MEILLEUR SYSTÈME DE RENDEZ-VOUS

La mise en place et l'actualisation du système de rendez-vous unique et en temps réel pour les cliniques externes de physiothérapie des centres Cloutier-du Rivage et St-Joseph, auparavant indépendants l'un de l'autre, permettent maintenant aux usagers d'accéder soit au rendez-vous le plus rapide, peu importe le site, ou encore de choisir le site où ils veulent recevoir le traitement.

Par ailleurs, l'instauration d'un groupe d'exercices pour les usagers souffrant de lombalgie, condition souvent chronique, optimise la prise en charge de la clientèle et permet aux usagers de travailler avec une physiothérapeute et un kinésiologue pour le volet enseignement sur la pathologie, les conseils de prévention et sur des exercices visant l'amélioration de leur condition.

En ce qui concerne la clinique de la main (ergothérapie externe), les processus d'optimisation mis en place en 2013-2014 se poursuivent mais la clinique fait face à une augmentation de 52 % des demandes de service cette année, créant une augmentation des délais d'attente pour les cas électifs. Des actions sont en cours afin de répondre à cette croissance.

Enfin, l'ajout d'une nouvelle cabine d'examen en audiologie à la fine pointe de la technologie a été l'occasion de revoir et optimiser les services d'inscription, d'accueil et d'examen.

3.5.3 IMAGERIE MÉDICALE : AMÉLIORATION DANS LES DÉLAIS D'ATTENTE

Les travaux pour réduire ou maintenir les délais d'attente sous les cibles ministérielles attendues se sont poursuivis et ont porté fruits. À l'exception de la résonnance magnétique, tous les types d'examens répondent aux cibles identifiées.

Un partenariat avec le CSSS de l'Énergie a permis la réalisation de 200 examens par résonnance magnétique les fins de semaine, en surplus de notre offre de service régulière. Ce partenariat, rendu possible grâce à la contribution financière de l'Agence, a contribué à réduire les délais d'attente.

Par ailleurs, des travaux pour l'application des recommandations de l'Ordre des technologues en imagerie ont été effectués sur une période de six mois, si bien que nous avons pu obtenir l'accréditation de conformité à la suite d'une inspection du département au CHAUR.

DÉLAIS D'ATTENTE

ACTIVITÉS	DURÉE MOYENNE DE L'ATTENTE AU 31 MARS	
	2014-2015	2013-2014
Échographie (CHAUR et Centre Cloutier-du Rivage)	6 semaines	8 semaines
Tomodensitométrie (CHAUR)	6 semaines	10 semaines
Tomodensitométrie (Centre Cloutier-du-Rivage)	6 semaines	8 semaines
Mammographie diagnostique (CHAUR)	7 semaines	6 semaines
Mammographie dépistage incluant le PQDCS (CHAUR)	6 semaines	9 semaines
Résonance magnétique (CHAUR)	14 semaines	12 semaines
Scintigraphie osseuse (CHAUR)	5 semaines	5 semaines
Scintigraphie cardiaque (Thallium/Mibi) (CHAUR)	4 semaines	5 semaines
TEP (CHAUR)	4 semaines	5 semaines

SERVICES DIAGNOSTIQUES

STATISTIQUES

ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
Ultrasonographie	Nombre de procédures	27 854	28 807	(3,3 %)
Mammographie diagnostique	Nombre de procédures	9 078	9 439	(3,8 %)
Mammographie dépistage incluant le PQDCS	Nombre de procédures	10 658	11 536	(7,6 %)
Tomodensitométrie	Nombre de procédures	44 627	44 738	(0,2 %)
Résonance magnétique	Nombre de procédures	7 049	7 143	(1,3 %)
Imagerie médicale	Nombre d'unités techniques	4 550 099	4 482 974	1,5%
Scintigraphie osseuse	Nombre de procédures	2 695	3 017	(10,7 %)
Scintigraphie cardiaque (Thallium/Mibi)	Nombre de procédures	2 063	2 195	(6 %)
Tomographie par émission de positions (TEP)	Nombre de procédures	3 523	3 245	8,6 %
Médecine nucléaire	Nombre de procédures	25 253	24 167	4,5 %
	Nombre d'unités techniques	1 030 092	1 011 971	1,8 %
Laboratoires	Nombre de procédures	4 494 807	4 793 291	(6,2 %)
	Nombre de procédures pondérées	14 038 364	14 785 678	(5,1 %)

SERVICES THÉRAPEUTIQUES

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
Physiothérapie	Nombre de jours-traitement pour les usagers hospitalisés	19 258	19 187	0,4 %
	Nombre de jours-traitement pour les usagers externes	24 957	25 249	(1,2 %)
	Nombre d'usagers	7 495	7 087	5,8 %
Ergothérapie (CHAUR)	Nombre de jours-traitement pour les usagers	13 617	12 403	9,8 %
	Nombre d'usagers	3 535	3 175	11,3 %
Audiologie (CHAUR)	Nombre de procédures	925	911	1,5 %
	Nombre de jours-traitement pour les usagers externes	926	911	1,6 %
Orthophonie (CHAUR)	Nombre de jours-traitement pour les usagers externes et hospitalisés	726	694	4,6 %
	Nombre de jours-traitement pour les usagers hospitalisés	1 508	1 310	15,1 %
Neuropsychologie (CHAUR) [1]	Nombre d'usagers	136	155	(12,3 %)
	Nombre d'interventions	596	706	(15,6 %)

[1] En neuropsychologie, le nombre d'interventions moins élevé s'explique par le fait que les usagers proviennent majoritairement de l'externe, ce qui se traduit par des interventions moins nombreuses mais plus longues.

3.6 PROGRAMME URGENCE ET TRAUMATOLOGIE : LES EFFORTS SE POURSUIVENT

En 2014-2015, les urgences du Centre Cloutier-du Rivage et du CHAUR ont reçu respectivement 26 767 et 55 596 visites, pour un total de 82 363 visites, contre 83 052 visites l'année précédente. Par ailleurs, plus de 25 % des patients admis au CHAUR proviennent des autres territoires de la région.

En raison de sa mission régionale en traumatologie, l'urgence du CHAUR accueille en moyenne 52 ambulances quotidiennement, ce qui en fait l'un des urgences les plus sollicitées au Québec année après année.

On constate une hausse de 1,9 % des patients devant être couchés sur civière, une tendance observée depuis plusieurs années. En effet, 25 573 des 55 596 patients ont été couchés sur civière en 2014-2015. Le taux d'hospitalisation est resté stable, ce qui signifie une utilisation adéquate des civières.

Notons que l'unité de décision clinique (UDC) a admis 2 507 usagers, contre 2 458 l'an dernier. Plus de 85 % des usagers regagnent leur domicile sans nécessiter une hospitalisation.

Une équipe multidisciplinaire a participé aux efforts d'optimisation des processus de l'urgence.

Enfin, les efforts constants pour assurer une coordination efficace de la gestion des lits, le maintien d'une unité d'hospitalisation de 16 lits et les interventions d'un agent de liaison du soutien à domicile sont autant de facteurs contributifs à la fluidité de l'urgence.

Les infirmières au triage de l'urgence peuvent maintenant, dans certaines situations, diriger les usagers directement vers des examens radiologiques ou des prélèvements en vertu d'ordonnances collectives.

3.6.1 OPTIMISATION À L'URGENCE : DES EFFORTS CONCERTÉS

Les efforts déployés par les équipes de l'urgence du CHAUR dans un projet d'optimisation du secteur ambulatoire conduisent à une augmentation de 16 % de la prise en charge médicale, ce qui permettra à 3 400 usagers de plus chaque année de bénéficier d'une consultation médicale à cet endroit.

Les mesures d'optimisation se sont amorcées en juillet 2014 pour revoir tous les processus et la trajectoire de l'usager de l'urgence, de l'arrivée au triage jusqu'à son départ de l'ambulatoire. Grâce à l'implication d'intervenants internes provenant de plusieurs secteurs et la mise en commun des connaissances et de l'expertise de chacun, des solutions innovantes ont été appliquées avec comme préoccupation première la qualité et la sécurité des soins et services aux usagers. Les nouveaux modes de fonctionnement, qui impliquent des changements substantiels, sont caractérisés par :

- une meilleure utilisation du plein potentiel des ressources;
- l'initiation d'ordonnances collectives par les infirmières dès le triage;
- le travail en dyade « médecin – infirmière »;
- la standardisation des pratiques et priorités.

ENTENTE DE GESTION				
INDICATEUR	CIBLE ANNUELLE	CUMULATIF 2014-2015	CUMULATIF 2013-2014	% DE VARIATION
SANTÉ PHYSIQUE				
Séjour moyen sur civière* – en heures	12	16,4	15,7	4,9 %
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière*	0 %	4,8 %	3,9 %*	23,1 %
Pourcentage des séjours de 24 heures ou plus sur civière*	15 %	23,5 %	21,7 %*	8,6 %

** Inclut les urgences du Centre Cloutier-du Rivage et du CHAUR*

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
Urgence du CHAUR	Nombre de visites	55 596	53 705	3,5 %
	Nombre d'usagers sur civière	25 573	24 782	3,2 %
	% d'usagers sur civière	46 %	46,1 %	Écart de (0,1 %)
	% d'hospitalisation des usagers sur civière	44,1 %	44,2 %	Écart de (0,1 %)
	Nombre d'ambulances	18 462	17 869	3.3 %
Unité de décision clinique (UDC)	Nombre d'admissions	2 507	2 458	2 %
	Nombre de jours-présence	3 887	3 972	(52,1 %)
Urgence du Centre Cloutier-du Rivage	Nombre de visites	26 767	29 347	(8,8 %)
	Nombre d'usagers sur civières	2 922	3 264	(11,5 %)
	Total des visites dans les deux urgences (excluant l'UDC)	**82 363**	**83 052**	**(0,8 %)**

3.7 HOSPITALISATION : ACCÈS AU PARC DE LITS ET FLUIDITÉ DE LA CLIENTÈLE

La gestion du parc de lits est un souci constant et fait l'objet d'une étroite surveillance. Les équipes déploient des stratégies efficaces pour assurer une plus grande fluidité à l'hospitalisation. À preuve, au cours de la dernière année, on note une augmentation de 2,6 % des admissions dans les lits de courte durée, une diminution du séjour moyen de 1,3 %, ainsi qu'une diminution des patients en fin de soins actifs et en attente d'une place en hébergement de plus de 15 %. Ces résultats sont possibles grâce au travail des équipes sur tout le continuum de services, qui collaborent en interdisciplinarité, dans une vision axée sur le maintien dans le milieu de vie.

Toutefois, l'augmentation d'achalandage à l'urgence du CHAUR a engendré une légère détérioration des admissions en provenance de l'urgence. En conséquence, on observe une augmentation du nombre de patients ayant séjournés plus de 48 heures, passant de 3,9 % à 4,8 %.

La perspective de la réalisation de la Phase II, et l'ajout des 50 lits d'hospitalisation de courte durée qui y est prévue, contribuera largement au désengorgement de l'urgence, à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment par un meilleur contrôle des infections et une diminution du nombre de civières dans les corridors, ainsi qu'à l'amélioration de l'environnement de travail pour les intervenants.

ENTENTE DE GESTION				
INDICATEUR	CIBLE ANNUELLE	CUMULATIF 2014-2015	CUMULATIF 2013-2014	% DE VARIATION
SANTÉ PHYSIQUE				
Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/ orientation vers la longue durée	3	7,1	7,8	(9 %)
Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant santé mentale	3	8,4	10,4	(19,2 %)
Nombre moyen de patients en attente de RNI occupant des lits de courte durée, excluant santé mentale	3	1,5	1,1	36,4 %

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
SANTÉ PHYSIQUE				
Admissions (excluant les nouveau-nés)	Nombre d'admissions	18 490	18 023	2,6 %
Séjour moyen total (excluant les nouveau-nés)	Nombre de jours	7,4	7,5	(1,3 %)
Usagers en attente d'hébergement	Nombre d'usagers	343	316	8,5 %
Séjour moyen des usagers en fin de soins actifs	Nombre de jours	20,04	25	(20 %)
Usagers en fin de soins actifs	Nombre de jours-présence	6840	8 110	(15,7 %)
Nombre moyen d'équivalents lits occupés par les usagers en attente d'hébergement	Nombre de lits	18,7	22,2	(15,8 %)
Hospitalisations 65 ans et plus	% d'usagers	55,7 %	49,3 %	Écart de 6,4 %
	% de jours	67,6 %	63,5 %	Écart de 4,1 %
Services psychosociaux	Nombre d'usagers	2 886	3 077	(6,2 %)
Infirmières de liaison	Nombre de dossiers	2 536	2 705	(6,2 %)
Agent de liaison urgence	Nombre d'usagers	1 322	1 474	(10,3 %)
Liaison sur les unités et guichet d'accès aux ressources posthospitalières	Nombre de dossiers	656	530	23,8 %
UNITÉ DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUE (UCDG) – CENTRE CLOUTIER-DU RIVAGE				
UCDG	Nombre d'admissions	187	176	6,3 %
	Taux d'occupation	97,8 %	97,9 %	Écart de (0,1 %)
LITS DE SOINS PALLIATIFS				
Centre Cloutier-du Rivage (2 lits)	Nombre d'admissions	38	28	35,7 %
	Taux d'occupation	75,6 %	90,1 %	Écart de (14,5 %)
CHAUR (4 lits)	Nombre d'admissions	187	191	(2,1 %)
	Taux d'occupation	91,6 %	92,5 %	Écart de (0,9 %)
CHAUR (Prise en charge hors unité)	Nombre d'admissions	257	160	60,6 %
	Nombre de jours-présence	1885	1 607	17,3 %

3.7.1 APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER : DIMINUTION DU TEMPS DE SÉJOUR

L'approche adaptée à la personne âgée en milieu de courte durée vise le maintien des capacités des usagers, notamment par une meilleure mobilité. Ceci a permis, entre autres, de diminuer la durée de séjour des usagers admis au programme de médecine familiale (unités 1D-4B-5B) et de donner un meilleur accès aux lits d'hospitalisation.

Par ailleurs, au cours de la dernière année, les intervenants de l'urgence et des unités d'hospitalisation ont été formés sur la gestion optimale des troubles de comportement. Ces formations ont permis de réduire les heures de surveillance constante de 73,5 % comparativement à 2013-2014 ainsi que d'améliorer les indicateurs de performance en regard des chutes. Le dépistage de risque de déclin fonctionnel est désormais réalisé à l'urgence pour tous les usagers de 75 ans et plus.

3.7.2 SOINS PALLIATIFS : HAUSSE DES ADMISSIONS

L'unité des soins palliatifs du CHAUR, qui compte 4 lits, a connu un taux d'occupation de 91 % en 2014-2015, comparativement à 92,5 % en 2013-2014. De plus, toujours au CHAUR, les soins palliatifs dispensés par la même équipe, mais hors de l'unité de soins palliatifs, correspondent à un équivalent de 5,2 lits pour 2014-2015 (4,4 lits l'an dernier), c'est-à-dire 257 admissions.

En milieu hospitalier, l'approche adaptée amène à documenter le degré d'autonomie que la personne âgée avait à son domicile avant son arrivée. Les intervenants s'assurent de mobiliser davantage la personne, de dépister son risque de déclin et d'intervenir de manière préventive en adoptant des gestes simples au quotidien et en impliquant les proches.

ENJEU 4.
RENFORCEMENT DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

Plusieurs dignitaires étaient réunis pour souligner les dix ans du Campus de l'Université de Montréal en Mauricie.

4.1 DIX CHANDELLES POUR LE CAMPUS DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL EN MAURICIE

Le Campus de l'Université de Montréal en Mauricie célébrait, en septembre 2014, ses dix ans d'existence. Les partenaires de la première heure et les intervenants d'aujourd'hui ont participé à un événement soulignant cet anniversaire. Ce fut aussi l'occasion de souligner la contribution de tous les intervenants impliqués et plus particulièrement des médecins qui intègrent leurs activités médicales à leur fonction d'enseignement, ceci pour assurer la réussite de ce projet porteur pour toute la population.

4.2 RETOUR PROGRESSIF DES PREMIERS MÉDECINS SPÉCIALISTES FORMÉS EN MAURICIE

Depuis le démarrage du Campus de l'Université de Montréal en Mauricie en 2004, près de 200 docteurs en médecine y ont été formés. L'année 2014-2015 marque le retour, dans notre établissement, de quatre médecins spécialistes ayant fait partie des 24 premiers étudiants admis en 2004 au doctorat du Campus. Ce sont une interniste, une pédiatre, un anesthésiologiste et un gastroentérologue qui ont fait le choix de revenir pratiquer à Trois-Rivières après leur programme de spécialisation.

Par ailleurs, parmi ceux qui ont opté pour le programme de résidence de médecine familiale, neuf omnipraticiens ont choisi d'établir leur pratique dans notre établissement après leur fin de résidence.

4.3 UN IMPACT SUR LA RÉTENTION : VERS UN MEILLEUR ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX À LA POPULATION

Alors que la région atteignait 76 % des besoins en termes de médecins omnipraticiens au démarrage du Campus en 2004, c'est maintenant 88 % des besoins qui sont comblés. Selon ces données, la région est celle qui a le plus progressé au fil des dix dernières années. L'arrivée du Campus de l'Université de Montréal en Mauricie et l'ouverture de l'Unité de médecine familiale (UMF) au Centre St-Joseph constituent des facteurs majeurs de cette progression. On note que plus de 60 % des finissants du Campus Mauricie choisissent la médecine familiale comparativement à 40 % pour l'ensemble du Québec.

On aperçoit, à droite, la Dre Marie-Eve Bureau, interniste, en compagnie de la Dre Anne-Sophie Laroche, résidente en stage à l'unité de médecine interne du Centre hospitalier affilié universitaire régional.

4.4 L'UMF : AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ AU SERVICE SANS RENDEZ-VOUS

Afin de faciliter l'accès au service sans rendez-vous à la clientèle du GMF-UMF de Trois-Rivières, la clinique s'est dotée d'un système automatisé de préinscription par téléphone. La clientèle n'a alors qu'à se présenter à l'heure allouée par le système, diminuant ainsi les déplacements et le temps d'attente.

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE				
Médecine	Nombre de jours-stage	20 025	20 183	(0,7 %)

4.5 DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE

En 2014-2015, l'établissement s'est résolument engagé dans une démarche visant à développer ses propres forces en recherche et à assurer un développement significatif avec nos partenaires du secteur santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

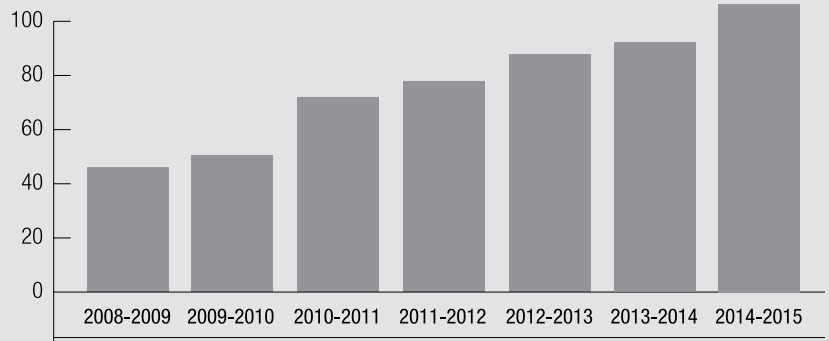
Pour soutenir et aider au démarrage des projets collaboratifs de recherche, un fonds de démarrage de 150 000 $ a été créé grâce aux contributions du CSSS de Trois-Rivières, de la Fondation régionale pour la santé de Trois-Rivières et de la Fondation de l'UQTR. Un premier concours a été lancé en juin 2014. Huit projets ont obtenu du financement dans des domaines comme la neurologie, les pathologies neuromusculaires et l'impact des soins tertiaires.

Un autre partenariat s'est concrétisé pour la recherche clinique en oncologie. Le groupe Q-Croc (Consortium de Recherche en Oncologie Clinique du Québec) financera un agent de liaison à la recherche clinique de notre établissement. Ce partenariat origine de collaborations antérieures entre le CSSS et le Q-Croc et ce financement permettra d'autres projets communs pour l'avenir.

Par ailleurs, l'arrivée d'un chef de la recherche a permis d'assurer une meilleure coordination des activités au sein de cette direction en ce qui concerne la recherche clinique contractuelle et de développer activement la recherche appliquée et translationnelle.

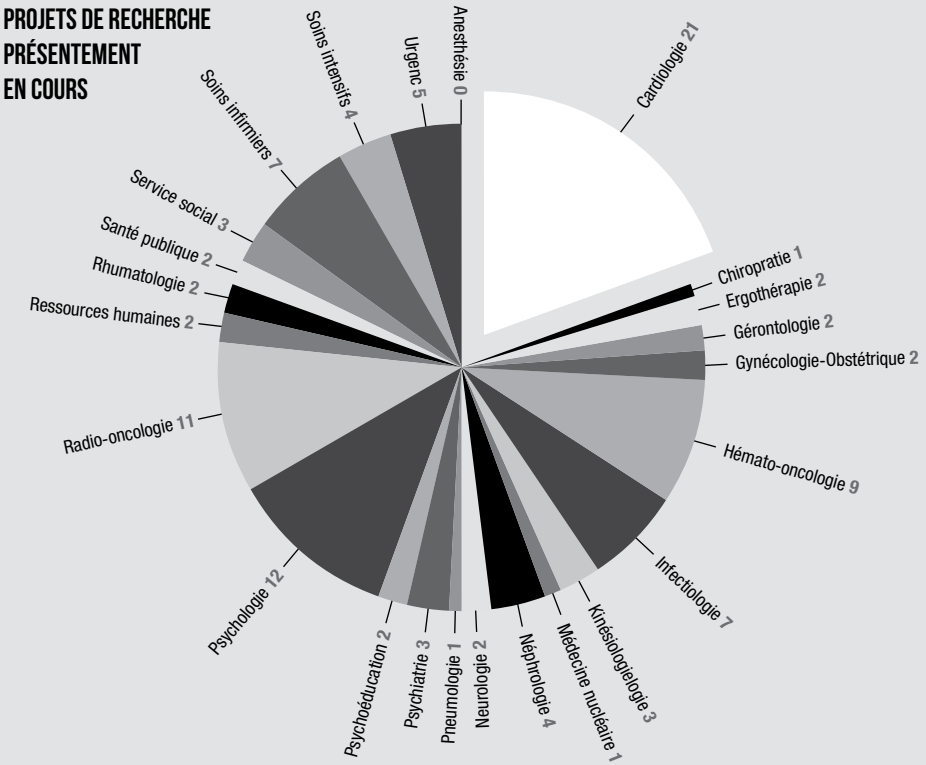
Bien que les projets en cours soient en constante évolution dans plusieurs disciplines, la cardiologie, l'oncologie, la psychologie, les soins infirmiers et l'infectiologie demeurent les secteurs les plus actifs au sein du CSSS de Trois-Rivières.

NOMBRE DE PROJETS ACTIFS



Projets actifs	46	50	70	79	88	92	108

PROJETS DE RECHERCHE PRÉSENTEMENT EN COURS



ENJEU 5.
DISPONIBILITÉ ET MOBILISATION DU CAPITAL HUMAIN

5.1 PRIX ET DISTINCTIONS : NOS INTERVENANTS À L'HONNEUR

5.1.1 LE PRIX FLORENCE POUR JOSYANE PINARD

Mme Josyane Pinard, infirmière à l'unité des soins intensifs, a remporté le prix Florence de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), dans la catégorie Relève, pour sa détermination, sa curiosité intellectuelle et son grand humanisme. Josyane Pinard conjugue sa pratique en soins critiques, ses études de maîtrise et l'enseignement. Elle s'investit dans le développement d'une expertise de pointe ainsi que dans le transfert des connaissances. Elle s'implique aussi dans la communauté. Les prix Florence soulignent la contribution exceptionnelle d'infirmières et d'infirmiers dans sept catégories.

5.1.2 LE PROJET LEAN « SOINS SANG ATTENTE » REMPORTE LE PRIX RÉGIONAL INNOVATION CLINIQUE DE L'OIIQ

Le projet d'optimisation mené par les intervenants de la clinique d'hémato-oncologie a été couronné gagnant régional au concours *Innovation clinique 2014* de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). Cette distinction valorise la contribution clinique des infirmières à la qualité des soins offerts à la population, à l'efficacité des services de santé et à l'avancement de la profession infirmière. Les travaux, principalement menés au niveau de l'organisation du travail, ont conduit à des améliorations significatives du temps d'attente pour les usagers, passant de 61 minutes à 17 minutes.

5.1.3 PRIX QUÉBÉCOIS EN CANCÉROLOGIE

Lors de la remise des *Prix québécois en cancérologie 2014*, la clinique d'hémato-oncologie a reçu une plaque honorifique soulignant le travail des intervenants dans le cadre du projet d'optimisation des services. L'honneur met en relief la révision des pratiques cliniques qui ont permis une amélioration de plus de 70 % du temps de prise en charge moyen, un bénéficie pour les quelque 4 400 usagers de la Mauricie et du Centre-du-Québec atteints de cancer qui fréquentent la clinique d'hémato-oncologie à chaque année.

5.1.4 PRIX HOMMAGE REMIS AU CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ

Dans le cadre du Colloque régional de traumatologie, un prix hommage a été remis à M. Daniel Girard, directeur du Centre de communication santé, afin de reconnaître le leadership et la quête d'excellence de son organisation dans les soins et services en traumatologie pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Le comité a souligné les efforts investis au quotidien par cette organisation pour les personnes ayant un besoin urgent d'un service ambulancier, de soins préhospitaliers ou d'une oreille attentive lorsque survient un événement traumatisant.

5.1.5 MME JOSÉE VAUGEOIS HONORÉE PAR L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

L'Université de Montréal a honoré Mme Josée Vaugeois, technicienne en administration à la Direction de l'enseignement et de la recherche, pour son engagement exceptionnel face à la transformation du Programme d'externat et à la mise en place de l'externat longitudinal. Mme Vaugeois s'est démarquée parmi une cinquantaine de membres du personnel administratif des établissements de santé affiliés universitaires. L'enthousiasme et la grande disponibilité de Mme Vaugeois en font une référence hors pair pour les externes du Campus de l'Université de Montréal en Mauricie.

5.2 LE CSSS DE TROIS-RIVIÈRES, UN EMPLOYEUR DE CHOIX

5.2.1 *ENTREPRISE EN SANTÉ* : UN SONDAGE PRÉCIEUX POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

Le CSSS de Trois-Rivières est toujours en action pour l'obtention de la certification *Entreprise en santé*. Cette démarche d'amélioration continue est inscrite au plan stratégique déployé à l'automne et vise le maintien et l'amélioration durable de l'état de santé des personnes en milieu de travail. Un comité formé d'intervenants de divers secteurs a le mandat d'analyser les résultats du sondage réalisé en 2014 afin d'élaborer le plan d'action et d'en assurer la mise en œuvre. La tenue de dix groupes de discussion a permis de comprendre davantage les résultats du sondage et de compléter la collecte de données.

Le comité *Entreprise en santé* a poursuivi ses travaux d'élaboration du plan d'action et d'une politique de santé et de mieux-être au travail. La mise en œuvre du plan d'action est prévue à l'automne, dans l'optique de l'obtention de la certification *Entreprise en santé* en 2016.

5.2.2 ON PREND SOIN DE NOS EMPLOYÉS!

La qualité des services à la clientèle passe par le maintien d'un milieu de travail sain et sécuritaire pour les ressources humaines. En ce sens, le service de prévention, santé et sécurité du travail (PSST) a posé de nombreuses actions dans la dernière année. Entre autres, 45 postes de travail à écran ont été évalués, 34 interventions de nature préventive ont été menées, allant de l'ajustement de nouvelles chaises à une formation à l'utilisation sécuritaire d'un lève-personne, en passant par la participation au projet de sélection d'une table de macroscopie et la prévention des troubles musculo-squelettiques chez les technologues en échographie. Outre ces interventions, ajoutons un plan d'action pour la gestion sécuritaire des matières dangereuses utilisées au travail et une structure de suivi de la protection respiratoire qui a été mise sur pieds, le tout afin de s'assurer que le personnel puisse exercer son travail en toute sécurité.

5.3 FAIRE CARRIÈRE AU CSSS DE TROIS-RIVIÈRES

5.3.1 L'ATTRACTION PAR L'EXPOSITION DU CSSS DE TROIS-RIVIÈRES

Malgré un ralentissement au niveau des embauches, le CSSS de Trois-Rivières est demeuré actif dans les différents salons de l'emploi. Des représentants de l'organisation ont assisté à plusieurs événements dont le Carrefour de l'emploi de l'Université Laval, le Rendez-vous de la formation et des professions en Mauricie à Espace Shawinigan, le congrès de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec au Palais des Congrès Montréal, la Journée carrière en santé et services sociaux de l'Université Laval, le Salon carrière du Cégep de Trois-Rivières, la Journée carrière de l'Université du Québec à Trois-Rivières et le Salon de l'emploi de Trois-Rivières-Bécancour à la Bâtisse industrielle de Trois-Rivières.

5.3.2 L'ATTRACTION PAR UNE OFFRE DE STAGES DIVERSIFIÉE

Le CSSS de Trois-Rivières collabore avec les maisons d'enseignement à la formation pratique des futurs employés du réseau de la santé et des services sociaux. Cette année, nous avons accueilli plus de 1700 stagiaires de niveau professionnel, collégial ou universitaire dans tous les programmes du CSSS, tant dans notre mission hospitalière, de première ligne qu'en hébergement. Cela représente plus de 32 000 jours/stages, soit une augmentation de 5,5 % en comparaison avec l'année dernière.

Des représentants du CSSS de Trois-Rivières participent à différents salons de recrutement.

L'accueil de stagiaires est un excellent moyen d'attraction et nous tenons à souligner l'investissement de nos 400 superviseurs de stage qui ont transmis aux étudiants leur expertise afin qu'ils puissent parfaire leurs connaissances dans un milieu stimulant où l'usager est au cœur des préoccupations.

5.3.3 LA RÉTENTION PAR LE PERFECTIONNEMENT DU PERSONNEL

Le service de formation a réussi avec succès le processus d'accréditation de la Société de formation et d'éducation continue (SOFEDUC), lui permettant ainsi d'émettre des unités d'éducation continue (UEC). Cette démarche est aussi un moyen dont l'organisation se dote en matière d'attraction et de rétention d'une main-d'œuvre qualifiée pour la clientèle.

Pour le personnel, il sera donc plus facile d'obtenir leurs heures de formation continue avec UEC exigées par les ordres professionnels. Pour l'organisation, c'est un moyen d'analyse systémique de la pertinence de la formation reçue par un employé. Enfin, pour la clientèle, c'est l'assurance d'une main-d'œuvre qualifiée selon des standards de qualité. C'est un gage de soins et de services de qualité optimale et sécuritaire.

5.3.4 LE SOUTIEN À L'EXERCICE DU RÔLE DE GESTION

Cette année, un accent a été mis sur l'amélioration des conditions d'exercice des cadres, notamment par la formation de deux groupes tactiques de gestionnaires (GTAC) dont le mandat consistait à proposer des pistes d'amélioration des conditions d'exercice par des solutions concrètes pour faciliter leur travail quotidien. Parmi elles, notons la journée sans réunion, le guide d'utilisation de Lotus Notes, la formation pour des réunions performantes et stimulantes, le calendrier organisationnel des instances et comités, etc. Le service du développement organisationnel a également offert aux gestionnaires un service de coaching individualisé pour, entre autres, la gestion des conflits relationnels, la gestion des personnes et des équipes, ainsi que la gestion du changement.

5.4 PORTRAIT DES EFFECTIFS

ENTENTE DE GESTION				
INDICATEUR	CIBLE ANNUELLE	CUMULATIF 2014-2015	CUMULATIF 2013-2014	% DE VARIATION
OPTIMISER L'UTILISATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN PARTICULIER :				
Pourcentage des membres du personnel ayant fait l'objet d'une appréciation de leur contribution	60 %	28 %	N/D*	N/D*
Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	5,50 %	6,02 %	5,89 %	2,2 %
Ratio des heures travaillées en heures supplémentaires – infirmières	5,75 %	4,51 %	4,95 %	(8,9 %)
Ratio des heures travaillées en heures supplémentaires	3 %	3,07 %	3,39 %	(9,4 %)
Ratio des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées – infirmières	0,71 %	0,18 %	0,34 %	(47,1 %)
Ratio des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées - infirmières auxiliaires	0,27 %	0,07 %	0,20 %	(65 %)
Ratio des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées - préposés aux bénéficiaires	0,11 %	0,01 %	0,21 %	(95 %)

**Compilation débutée en septembre 2013*

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT	2014-2015	2013-2014
LES CADRES (EN DATE DU 31 MARS)		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	146	149
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	5	5
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
LES EMPLOYÉS RÉGULIERS (EN DATE DU 31 MARS)		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	2 277	2 295
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	812	804
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
LES OCCASIONNELS (EN DATE DU 31 MARS)		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	2 255 202	2 329 073
Équivalents temps complet (ETC)	1 215	1 254

EFFECTIFS SELON LES CATÉGORIES D'EMPLOI	2014-2015	2013-2014
CATÉGORIE 1 : PERSONNEL EN SOINS INFIRMIERS ET CARDIO-RESPIRATOIRES		
Infirmières	1 202	1 225
Infirmières auxiliaires	371	387
Inhalothérapeutes	78	82
CATÉGORIE 2 : PERSONNEL PARATECHNIQUE, DES SERVICES AUXILIAIRES ET DE MÉTIERS		
Préposés aux bénéficiaires, personnel en hygiène et salubrité, buanderie, cafétéria, etc.	1 469	1 506
CATÉGORIE 3 : PERSONNEL DE BUREAU, DES TECHNICIENS ET DES PROFESSIONNELS DE L'ADMINISTRATION		
Agents administratifs, techniciens en administration, etc.	569	571
CATÉGORIE 4 : TECHNICIENS ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX		
Ergothérapeutes, physiothérapeutes, techniciens en radiologie, technologistes médicaux, etc.	830	820
Autres	88	80
TOTAL*	**4 760**	**4 827**

**Incluant les cadres et excluant les doublons*

SUIVI DE LA LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS			
INDICATEUR	CUMULATIF 2014-2015	CUMULATIF 2013-2014	% DE VARIATION
Heures travaillées	6 638 543	6 690 838	(0,8 %)
Heures supplémentaires	140 785	154 309	(8,8 %)
Total	6 779 328	6 845 146	(1 %)
Équivalent temps complet	13 437	13 537	(0,7 %)
Nombre d'individus	15 533	15 598	(0,4 %)

ENJEU 6.
DÉVELOPPEMENT D'UNE ORGANISATION PERFORMANTE

L'équipe qui a participé à la fusion des systèmes de pharmacies : M. Frédéric Gayton, Mme Isabelle Gonthier, Mme Josée Tessier, Mme Lyne-Chantale Montour, Mme Jessyca Blouin, M. Jean-Guillaume Gagnon et M. Richard Morency. Le CHAUR et le Centre Cloutier-du Rivage bénéficient désormais d'un partage d'information pour la clientèle hospitalisée et ambulatoire.

6.1 LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES AU CENTRE DES BESOINS

6.1.1 REHAUSSEMENT DE NOS SYSTÈMES DE PHARMACIES

Dans le cadre de l'harmonisation des systèmes de pharmacie du CHAUR et du Centre Cloutier-du Rivage, l'établissement a procédé à la fusion des deux systèmes ainsi qu'au rehaussement du serveur installé sur le site hospitalier. Les deux centres peuvent désormais bénéficier d'un partage d'information pour la clientèle hospitalisée et ambulatoire.

En lien avec un projet ministériel SARDM (système automatisé et robotisé de la distribution des médicaments), une mise à jour importante du système automatisé a été réalisée. De plus, l'ajout d'une nouvelle ensacheuse permet l'optimisation du processus de distribution pour l'ensemble de l'établissement.

6.1.2 IMPLANTATION DU DOSSIER SANTÉ QUÉBEC

Depuis octobre 2014, une équipe d'archivistes médicales procède au déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ). Les informations accessibles par le DSQ permettront aux intervenants autorisés de connaître le profil pharmacologique des usagers ainsi que l'évolution des résultats des analyses et examens passés au fil du temps. Peu importe l'endroit au Québec, le médecin et le pharmacien pourront voir tous les médicaments qui ont été prescrits. Le Dossier Santé Québec permet d'emmagasiner les données de la médication, des laboratoires et d'imagerie médicale.

6.1.3 MIGRATION VERS WINDOWS 7

La Direction des ressources informationnelles a débuté la tâche imposante de migrer tous les postes informatiques de l'établissement au système d'exploitation Windows 7. Le défi est colossal puisqu'il faut modifier environ 2 600 postes de travail sur tous les sites du CSSS de Trois-Rivières en ajustant les différentes applications, logiciels et autres programmes à la version Windows 7 et cela sans trop perturber les tâches quotidiennes des utilisateurs. Au 31 mars dernier, la moitié du parc informatique fonctionnait avec Windows 7.

6.2 LA COMMUNICATION, AU CŒUR DES ACTIONS QUOTIDIENNES

La Direction des communications et des relations publiques (DCRP) a soutenu diverses équipes, les directions et les programmes de l'établissement par des services conseils dans plus de 200 projets, tout en répondant aux demandes régulières des clients internes. Une attention particulière a été accordée à la communication dans le cadre de l'amorce du déploiement de la planification stratégique 2014-2018 et dans la diffusion de la démarche d'agrément.

Avec la volonté de vouloir témoigner auprès de la population de l'évolution des services et des actions prises par l'établissement, la direction a organisé, seule ou en partenariat, 28 activités de presse et diffusé 51 communiqués de presse. La promotion des saines habitudes de vie et des services de l'établissement n'a pas été en reste, notamment par la publication de dix publireportages mensuels dans *Le Nouvelliste*, ainsi qu'en répondant à 288 demandes de la part de médias locaux, régionaux et nationaux.

L'intranet de l'établissement se positionne plus que jamais comme une plaque tournante de l'information interne. La bonification et la centralisation d'un maximum d'informations destinées aux intervenants ont fait ce cet outil un objet de référence largement consulté et complémentaire aux publications institutionnelles. Au total, l'équipe y a publié près de 326 nouvelles, issues de la DCRP ou des directions clientes, ce qui est pratiquement trois fois plus que l'an dernier. Les formations en ligne de l'intranet constituent une solution prisée de la part des intervenants. Par exemple, le dépôt en ligne de la formation sur les nouveaux lecteurs de glycémie a généré plus de 560 vues en moins d'une semaine.

Par ailleurs, la volonté de tenir informés les intervenants de l'ensemble de l'établissement sur les modalités du projet de loi 10 a trouvé écho puisque la section consacrée à ce sujet a généré 3 550 visites.

La section Requêtes, dans laquelle on retrouve l'accès aux demandes de soutien informatique ainsi qu'aux demandes d'installations matérielles ou de réparation, demeure néanmoins la plus consultée avec au-delà de 20 000 visites dans la dernière année.

Enfin, au terme de sa troisième année d'existence, le nouveau site Internet de l'établissement a généré plus de 326 200 visites, soit le double de l'an dernier, particulièrement dans les sections *Nous joindre* (75 878 visites) et *Emplois disponibles* (29 878 visites). De plus, au terme d'une année complète de fonctionnement, la section extranet pour le personnel du CSSS de Trois-Rivières, permettant de consulter l'horaire de travail et les relevés de paies, semble répondre à un besoin puisqu'elle été consultée pas moins 76 000 fois.

Au CSSS de Trois-Rivières, la culture de qualité et de sécurité des soins et services est bien ancrée chez les intervenants.

6.3 SÉCURITÉ DES SOINS : UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE

Offrir un milieu de soins sécuritaires aux usagers, c'est un engagement quotidien visible; une culture au cœur des gestes de l'ensemble des intervenants de notre établissement.

En plus d'être comprise par tous, cette culture se traduit par une volonté de mobilisation des intervenants dans l'amélioration de nos pratiques et la mise en place de mesures durables pour offrir des soins et services sécuritaires. Au cours de l'année, grâce à l'engagement de notre personnel et de chacune des directions, plusieurs actions ont été mises en place pour améliorer la sécurité et la qualité des soins et services offerts. Notamment, diverses formations sur la sécurité des usagers sont offertes au personnel. Environ 300 personnes ont été formées au cours de l'année. Une semaine sur la santé et la sécurité au travail est organisée autour de plusieurs thématiques par différentes directions. Cet engagement a été remarqué par les visiteurs d'agrément lors de la visite en décembre 2014. Ces derniers ont reconnu l'implantation de la culture de sécurité et la présence de celle-ci dans les gestes quotidiens posés par les intervenants.

La mobilisation se perçoit aussi par un fort engagement à déclarer toute situation indésirable survenue. On note d'ailleurs une augmentation de 8,5 % du nombre d'événements déclarés comparativement à l'année précédente.

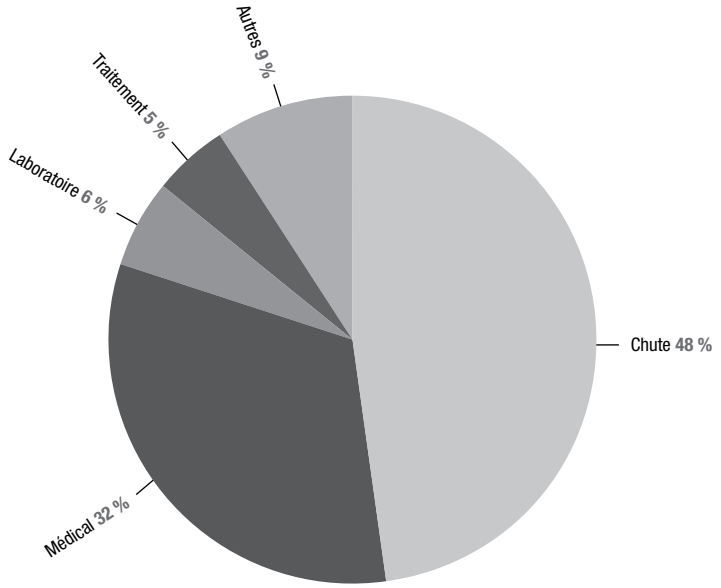
De plus, on observe une augmentation significative de 37,8 % du nombre de situations sans conséquences détectées, ce qui traduit l'attitude proactive des intervenants face à l'identification

des risques. Finalement, grâce aux efforts de tous, nous observons une diminution de 9,5 % du nombre d'événements majeurs survenus en cours d'année. Un accompagnement individuel est fait auprès des gestionnaires lors de l'analyse des événements survenus dans les secteurs.

NOMBRE D'ÉVÉNEMENTS PAR CATÉGORIE	2014-2015	%	2013-2014	%	AUGMENTATION (DIMINUTION) DU NOMBRE D'ÉVÈNEMENT
Incident (A-B)	831	9 %	603	6,9 %	37,8 %
Accident mineur (C-D-E1-E2)	8 547	90 %	8 034	92,1 %	6,4 %
Accident majeur (F-G-H-I)	76	1 %	84	1 %	(9,5 %)
Indéterminé	7	0 %	0	0 %	N/A
TOTAL	**9 461**	**100 %**	**8 721**	**100 %**	**8,5 %**

On observe que les chutes demeurent le plus grand risque au sein de notre organisation. Des efforts constants sont faits pour limiter la récurrence et la gravité de ces événements auprès de la clientèle âgée.

RÉPARTITION DES TYPES D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES



6.3.1 ENCADREMENT DES CHUTES : DES OUTILS POUR LA SÉCURITÉ DES USAGERS

Les travaux des trois comités d'encadrement des chutes se sont poursuivis et ont permis la mise en place d'outils efficaces pour assurer la sécurité des usagers :

- en hébergement, un bracelet d'identification des usagers à risque élevé de chute a été instauré;
- en milieu hospitalier, un identificateur visuel des usagers à risque élevé est en place, de même qu'un outil d'évaluation et de surveillance postchute;
- au soutien à domicile, tous les intervenants ont été formés sur la prévention des chutes et les trajectoires de dépistage du risque de chute ont été déployées;
- en résidence intermédiaire, le dépistage du risque de chute a été réalisé chez l'ensemble des usagers.

INDICATEURS DE PERFORMANCE EN REGARD DE L'ENCADREMENT DES CHUTES ET DE L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE	HÉBERGEMENT	HOSPITALISATION	RESSOURCES INTERMÉDIAIRES
Taux de chutes par 1000 jours-usagers	8,9	7,3	6,4
Pourcentage de chutes causant une conséquence (E1 et +)	17,5 %	17,8 %	37,3 %
Pourcentage de chute causant une conséquence majeure (F et +)	1,0 %	0,7 %	2,9 %
Pourcentage d'usagers pour lesquels une évaluation des risques de chute a été complétée à l'admission	90,6 %	75,4 %	95,1 %
Pourcentage d'usagers à risque dotés d'un plan documenté de prévention des chutes	90 %	82,4 %	85,7 %
Pourcentage d'utilisation des contentions et isolement	5,6 %	7,9 %	0 %
Intervenants formés	Cumulatif de 1940 intervenants formés, dont 290 pour 2014-2015		

Les indicateurs de performance dénotent une amélioration considérable au regard de l'encadrement des chutes et de l'utilisation des mesures de contrôle. Les taux de chutes par 1000 jours-usagers ont diminué en hébergement et en milieu hospitalier. Le pourcentage de chutes causant une conséquence a diminué en hébergement et en milieu hospitalier. Comparativement à 2013-2104, la prévalence d'utilisation des mesures de contrôle a diminué de 21,1 % en hébergement et de 24 % en milieu hospitalier.

6.3.2 PLAIES DE PRESSIONS NOSOCOMIALES DE STADE III ET PLUS : DIMINUTION EN HÉBERGEMENT ET À L'UCDG

L'harmonisation des pratiques et la mobilisation soutenue des équipes de l'hébergement et de l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), ainsi que la présence de conseillères en soins infirmiers et en gestion des risques, ont contribué à faire diminuer le nombre de plaies de pression nosocomiales de stade III et plus chez les usagers de l'hébergement et de l'UCDG. Ces travaux d'harmonisation et de mobilisation se poursuivent pour l'ensemble du volet CHR.

STATISTIQUES			
ACTIVITÉS	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
NOMBRE DE PLAIES DE PRESSION NOSOCOMIALES HÉBERGEMENT ET UCDG			
Stade III	5	15	(66,7 %)
Stade IV	3	3	0 %
Stade X	8	8	0 %
NOMBRE DE PLAIES DE PRESSION NOSOCOMIALES – STADE III ET PLUS / JOURS-PRÉSENCE			
Totale	0,65	1	(35 %)

6.3.3 SUIVI DES RECOMMANDATIONS DES CORONERS

Les recommandations des coroners identifient les pistes d'amélioration suite à des événements survenus dans le réseau. Les coroners conseillent régulièrement l'application de leurs recommandations dans tous les établissements, selon une approche proactive. Ces gestes contribuent au développement d'une offre de services sécuritaires. Il est important de noter que toutes les demandes ont été traitées et fermées. Pour l'année 2014-2015, nous avons reçu trois rapports du coroner adressant les demandes suivantes :

- Deux demandes d'évaluation par le directeur des services professionnels de réviser un dossier à la suite d'un décès survenu dans notre établissement. Les pratiques étaient conforment suite à l'analyse.
- Demande de révision des normes et de la pratique attendue des infirmières lors de l'administration d'opiacés à l'urgence. Un plan d'action a été élaboré avec le personnel de l'urgence. Les travaux sont en cours afin que les pratiques soient mises à niveau.
- Demande de révision de la pratique médicale dans la prise en charge d'un usager suite à un décès. L'analyse a démontré la conformité de la pratique médicale dans notre établissement.

6.4 PRÉVENTION DES INFECTIONS

6.4.1 UNE ANNÉE CARACTÉRISÉE PAR LA PRÉSENCE MARQUÉE DE LA GRIPPE

Le portée sous-optimale du vaccin antigrippal cette année a contribué à la transmission élevée du virus de la grippe tant dans la communauté que dans l'établissement, affectant tous les milieux. Pour l'année, on dénombre onze éclosions de grippe au CHAUR (71 personnes atteintes) et 19 éclosions de grippe au volet hébergement (177 résidents atteints).

La prévention des infections requiert une attention marquée pour tous les intervenants.

La création d'une cohorte afin de regrouper les cas de grippe, l'application des mesures recommandées, le travail appliqué des intervenants et celui de l'équipe de prévention des infections ont permis de bien gérer les éclosions.

Par ailleurs, un comité spécial de gestion des éclosions a tenu 13 rencontres de travail. En outre, le Programme de formation continue pour les intervenants et le Programme d'accueil des nouveaux employés se poursuivent afin de permettre un travail en amont efficace.

6.4.2 MOBILISATION CONTINUE POUR CONTRER LE *C. DIFFICILE* ET L'ERV

Le taux moyen de *Clostridium difficile (C. difficile)* au CHAUR est stable, soit 8,3 cas par 10 000 jours-présence contre 8,8 par 10 000 jours présence en 2013-2014, révélant que les actions portent fruits. L'amélioration des taux d'acquisition nosocomiale demande un suivi rigoureux et le maintien des mesures instaurées de prévention s'impose.

Par ailleurs, depuis deux ans, il y a absence de transmission nosocomiale soutenue d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV). Considérant l'ampleur des éclosions dans plusieurs établissements du Québec, la vigilance est toujours de mise. Des cas isolés d'ERV sont dépistés occasionnellement dans l'établissement, sans qu'aucune transmission soutenue ne s'installe.

6.4.3 PERFORMANCE SIGNIFICATIVE ET STABILISATION DU CONTRÔLE DU SARM

L'établissement affiche un niveau de performance notable pour le contrôle de la transmission du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM). Le niveau de transmission nosocomiale du SARM est stable, soit de 1,9 cas par 10 000 jours-présence cette année contre 2 l'an dernier.

6.4.4 AUTRES SURVEILLANCES AU CHAUR

La surveillance globale des bactériémies est toujours en vigueur au CHAUR, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le nombre total de bactériémies est passé de 80 en 2013-2014 à 57 cette année. De plus, il est noté qu'aucune bactériémie associée aux cathéters centraux des soins intensifs n'a été recensée l'an dernier. Ces données sont présentement analysées sur une base annuelle, toujours en lien avec la faible fréquence de ces événements. Finalement, la surveillance locale des infections de site opératoire (ISO), infections associées aux prothèses de genoux et de hanches, sera reprise pour l'année 2015-2016.

6.4.5 HÉBERGEMENT ET UNITÉ DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUE (UCDG)

La surveillance des infections urinaires avec cathéter urinaire (IUAC), en hébergement, excluant l'UCDG, s'est poursuivie cette année. En 2014-2015, nous avons dénombré 21 infections urinaires, comparativement à 13 en 2013-2014, première année de notre surveillance avec les nouvelles définitions.

Le sous-comité PCI volet hébergement-UCDG et première ligne s'intéresse particulièrement aux IUAC en évaluant les causes qui pourraient expliquer une augmentation du taux d'infections urinaires sur sonde. Plusieurs interventions sont prévues pour l'année 2015-2016 à cet égard.

Pour l'année 2014-2015, un nombre supérieur de résidents a été touché par la gastroentérite et par un syndrome d'allure grippale et l'influenza, ce qui était prévisible, compte-tenu du nombre d'éclosions. Un total de 17 éclosions de gastroentérite ainsi que 19 éclosions d'influenza (177 personnes touchées) ont sévi dans les centres d'hébergement du CSSS de Trois-Rivières. Afin d'aider à diminuer la transmission des infections, plusieurs mesures ont été mises en place dont une diminution des activités de récréologie et d'animation sur les unités en éclosion.

STATISTIQUES						
ACTIVITÉS	INDICATEUR	2014-2015	2013-2014	2012-2013	2011-2012	2010-2011
CHAUR						
C. difficile	Nombre de cas / 10 000 jours-présence	8.3	8,8	14,9	11,9	10,6
ERV	Nombre de cas / 10 000 jours-présence	0.3	3	7	0	0
SARM	Nombre de cas / 10 000 jours-présence	1.9	2	3	7,1	7,6
Gastroentérite	Nombre d'éclosions	2	0	N/D	N/D	N/D
Influenza/ grippe	Nombre d'éclosions	11	0	N/D	N/D	N/D
CENTRES D'HÉBERGEMENT						
Gastroentérite	Nombre d'éclosions	17	3	6	6	10
Syndrome d'allure grippale et influenza	Nombre d'éclosions	19	9	6	2	5

6.5 CHSLD : UN CHEZ-SOI OFFRANT DES SOINS ET DES SERVICES ADAPTÉS ET DE QUALITÉ

Le Programme hébergement offre à la clientèle adulte et âgée en perte d'autonomie un milieu de vie adapté. À travers des soins et des services intégrés, interdisciplinaires et de qualité, les résidents trouvent réponse à leurs besoins. L'approche milieu de vie, appliquée par l'ensemble du personnel, supportée par des formations adaptées et une gestion de proximité favorisent une offre de service de qualité, sécuritaire et en amélioration continue.

Au global, les cinq centres d'hébergement du CSSS de Trois-Rivières maintiennent un taux d'occupation élevé. Une plus grande fluidité et une augmentation significative du nombre d'admissions expliquent une légère diminution (de 100 % à 99,7 %) du taux d'occupation. En plus de maintenir un délai de réadmission raisonnable, nous sommes passés cette année à 390 admissions comparativement à 319 l'an passé, soit une augmentation de 22,3 %. Cela explique aussi la diminution significative du nombre de personnes en attente au 31 mars 2015 (5) en comparaison avec 23 personnes en 2013-2014.

6.5.1 DES ÉVALUATIONS MINISTÉRIELLES CONCLUANTES

Le CSSS de Trois-Rivières a complété son premier cycle de visites ministérielles d'évaluation de la qualité de vie en CHSLD dans ses cinq centres d'hébergement et de soins de longue durée. Ce premier tour de roue aura permis de constater que les efforts déployés pour la mise en place des actions décrites dans les différents plans d'amélioration ont été porteurs. Avec la ferme intention d'utiliser chacune des recommandations pour déployer des processus uniformes favorisant la qualité et la sécurité des services dans chacun des sites, nous sommes à même de constater tout l'avancement en ce sens. Avec un total de 53 recommandations pour les cinq centres, c'est avec fierté que nous pouvons signifier qu'à ce jour, 47 des recommandations ont été appliquées, ce qui correspond à 89 % de toutes celles qui avaient été formulées. Les autres mesures figurent aux plans d'amélioration exigeant certains délais souvent hors de notre contrôle.

6.5.2 DÉPISTAGE DES PROBLÈMES DE DYSPHAGIE : UNE APPROCHE CONCERTÉE

La dysphagie est très présente dans les milieux de soins de longue durée. Afin d'optimiser nos façons de faire et de permettre une évaluation précoce des résidents présentant des problématiques reliées à l'alimentation, une démarche interdisciplinaire a été instaurée. Depuis, les délais de prise en charge se sont grandement améliorés. De septembre à décembre 2014, plus de 100 évaluations ont été effectuées par l'équipe des conseillères à l'hébergement, avec un délai moyen de prise en charge à 2,7 jours. En plus de promouvoir et de miser sur l'expertise de chacun, cette façon de faire permet une prise en charge sécuritaire et optimale des résidents aux prises avec des troubles à l'alimentation.

6.5.3 LES CHSLD : UN MILIEU DE VIE ACTIF ET STIMULANT

Dans l'objectif d'offrir un milieu de vie de qualité, dynamisant et stimulant, notre service de récréologie travaille ardemment à planifier, organiser et structurer toute une gamme d'activités adaptées à notre clientèle. Des activités comme les fêtes estivales, le dîner des chefs, les ateliers de peinture, les prestations musicales, les sorties au centre commercial et la messe sont au nombre des animations très prisées des résidents.

Une étroite collaboration s'est établie avec les autres services de l'organisation ou avec des partenaires de la communauté pour égayer le quotidien de nos résidents. Le comité Culture-Affaires Mauricie, par exemple, travaille à l'aménagement de la cour extérieure du Centre d'hébergement Cooke par l'installation de cinq œuvres d'art qui sont le fruit d'une magnifique collaboration de cinq artistes de la région et d'entrepreneurs impliqués. Une autre collaboration importante avec les étudiants en photographie de l'école Bel-Avenir et la Fondation RSTR a permis l'embellissement des murs du Centre d'hébergement Louis-Denoncourt par une deuxième remise de 16 photographies.

Dans le cadre d'un projet de collaboration, ce sont 120 photographies prises par des jeunes de Point de Rue qui ornent les murs des quatre unités de vie du Centre d'hébergement Roland-Leclerc.

En outre, c'est maintenant 120 photographies prises par des jeunes de Point de Rue qui ornent les murs des quatre unités de vie du Centre d'hébergement Roland-Leclerc. Un projet intergénérationnel novateur qui aura permis de créer des liens entre nos résidents et ces jeunes pleins d'énergie et d'enthousiasme.

DÉLAIS D'ATTENTE				
ACTIVITÉS	NOMBRE DE PERSONNES EN ATTENTE AU 31 MARS		DURÉE MOYENNE DE L'ATTENTE AU 31 MARS	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Hébergement	5	23	25,4 jours	32 jours

STATISTIQUES				
ACTIVITÉS	UNITÉ DE MESURE	2014-2015	2013-2014	% DE VARIATION
Centre d'hébergement Cloutier-du Rivage	Nombre de lits au permis	179	179	0 %
	Nombre de lits dressés	179	179	0 %
	Nombre d'admissions	134	128	4,7 %
	Places disponibles au 31 mars	0	0	0 %
Centre d'hébergement Cooke	Nombre de lits au permis	205	205	0 %
	Nombre de lits dressés	205	205	0 %
	Nombre d'admissions	163	92	77 %
	Places disponibles au 31 mars	5	1	400 %
Centre d'hébergement Louis-Denoncourt	Nombre de lits au permis	75	75	0 %
	Nombre de lits dressés	75	75	0 %
	Nombre d'admissions	41	31	32,3 %
	Places disponibles au 31 mars	2	0	200 %
Centre d'hébergement St-Joseph	Nombre de lits au permis	60	60	0 %
	Nombre de lits dressés	60	60	0 %
	Nombre d'admissions	28	29	(3,5 %)
	Places disponibles au 31 mars	0	0	0 %
Centre d'hébergement Roland-Leclerc	Nombre de lits au permis	160	160	0 %
	Nombre de lits dressés	160	160	0 %
	Nombre d'admissions	24	39	(38,5 %)
	Places disponibles au 31 mars	0	1	(100 %)
Total hébergement permanent	Nombre de lits au permis	679	679	0 %
	Nombre de lits dressés	679	679	0 %
	Nombre d'admissions en cours d'exercice	390	319	22,3 %
	Places disponibles au 31 mars	7	2	500 %
	Jours-présence	246 970	247 825	(0,3 %)
	Séjour moyen des résidents	744	862	(13,7 %)
	Taux d'occupation (lits dressés)	99,7 %	100 %	Écart de (0,3 %)

6.6 SE MOBILISER POUR VISER L'EXCELLENCE

6.6.1 BUREAU DE PROJET ET GESTION DE LA PERFORMANCE : UNE IMPLICATION ACCRUE

Dans une perspective organisationnelle, le mandat du bureau de projets et gestion de la performance est de soutenir les directions et programmes dans leurs démarches d'amélioration continue de la performance.

Au cours de la dernière année, le bureau de projets et gestion de la performance a offert de l'accompagnement et du soutien dans plus d'une dizaine de démarches. Les interventions de l'équipe se situaient notamment au niveau des études préliminaires de projets, de la révision des processus, de l'expertise Lean et du développement d'indicateurs de performance et de tableaux de bord. Le bureau de projet a également répondu à plusieurs demandes de rapports, outils et analyses statistiques dont plusieurs en lien avec les travaux de retour à l'équilibre budgétaire.

Par ailleurs, le bureau de projets et gestion de la performance a soutenu activement la démarche d'élaboration de la planification stratégique, plus particulièrement en ce qui a trait à l'identification et la sélection des objectifs, cibles et indicateurs de performance. L'équipe a également conçu et développé le nouveau tableau de bord stratégique.

Cette photo a été prise lors de la plénière suivant la visite d'Agrément Canada : Mme Louise Lavigueur, Mme Annie Lavigne, Mme Christiane Bonfanti, présidente du conseil d'administration, Mme Caroline Guertin et Mme Lucie Letendre, directrice générale. Les visiteurs ont souligné notamment les efforts déployés par les intervenants pour favoriser l'accessibilité aux soins et services, la force des partenariats avec le réseau local de services, le climat d'organisation très favorable et le degré élevé de compétence du personnel.

6.6.2 AGRÉMENT : UNE NOTE GLOBALE DE 95 %

Au terme d'une visite de cinq jours, les sept visiteurs d'Agrément Canada ont renouvelé l'agrément du CSSS de Trois-Rivières en accordant une note globale de 95 %. Les équipes des différentes missions de notre organisation ont été soumises à un exercice d'évaluation rigoureux, couvrant 3 193 critères de qualité et de sécurité des soins et services. Un rapport a été remis à l'établissement à la suite de la visite. Ce document contient l'ensemble des forces observées et des pistes d'amélioration des pratiques de soins et services.

Parmi les points forts, les visiteurs ont mentionné les efforts déployés par les intervenants de concert avec les partenaires pour favoriser l'accessibilité aux soins et services, la culture de qualité et de sécurité, le climat de travail ainsi que la compétence du personnel et des médecins en place. Les visiteurs ont également reconnu la grande contribution de l'établissement pour la transmission du savoir dans le cadre de sa mission universitaire.

Le processus d'agrément représente l'un des piliers de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services, en permettant de s'assurer du respect de normes reconnues au niveau national. Voulant s'assurer de la pérennité de la démarche d'amélioration continue et en préparation à la visite qui s'est déroulée en décembre 2014, l'établissement a mis en place différents mécanismes d'information, de soutien et de suivi pour l'ensemble du personnel et les médecins, dont des rencontres d'équipes, des articles dans le bulletin interne, une section dédiée dans l'intranet, ainsi qu'un cartable d'information présentant divers sujets en matière de qualité et sécurité.

6.6.3 CODE D'ÉTHIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Suite à son adoption en mars 2014, plusieurs actions ont été mises en place pour assurer la diffusion ainsi que l'appropriation par l'ensemble des intervenants de l'établissement du code d'éthique. Véritable repère pour guider la pratique professionnelle et reflet les valeurs de l'établissement, il est disponible en version électronique sur l'intranet ainsi que sur le site Web.

Les membres du comité de travail du code d'éthique présentent fièrement le document. On aperçoit, à l'arrière, Mme Lucie Thibeault, infirmière clinicienne, M. Gilles Duranceau, préposé aux bénéficiaires, Mme Annie Lavigne, agente de planification, Mme Lorraine Houle, bénévole en hébergement, le Dr Stéphane Charest, neurologue et Mme Nathalie Marin, agente administrative. À l'avant : Mme Mylène Raymond, conseillère cadre en activités cliniques – psychosocial, Mme Joan Bergeron, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, Mme Carmen Bouchard, bénévole au Centre hospitalier régional, Mme Liette L. Lafontaine, membre du comité des usagers et Mme Louise Lavigueur, directrice générale adjointe organisationnelle. Absents : M. Louis Allard, membre du conseil d'administration, M. Antranik Handoyan, adjoint à la Direction des ressources humaines, Mme France Lemay, intervenante en ressources non institutionnelles et Mme Guylaine Coutu, membre du comité des usagers.

Pour favoriser l'appropriation par les équipes de travail, des activités sous forme d'ateliers ont été élaborées et distribuées à l'ensemble des gestionnaires afin de promouvoir les valeurs et les comportements attendus du personnel.

De plus, un format imprimé est également rendu disponible aux intervenants, aux usagers et à leurs proches par un réseau de distribution dans toutes les installations. Un réseau de présentoirs a été implanté dans l'ensemble de nos installations regroupant différents outils portant sur la qualité et l'amélioration des services dont le code d'éthique, le formulaire de satisfaction ainsi que le formulaire de plainte.

6.6.4 ÉVALUATION DES PRODUITS

Les visites d'Agrément Canada et des ordres professionnels pour plusieurs secteurs sont venues ponctuer les travaux en matière d'évaluation des produits. Ainsi, des ajustements dans l'utilisation de fournitures ont été apportés afin de répondre aux normes et maintenir des pratiques sécuritaires pour les usagers et le personnel de l'établissement.

En lien avec ses rôles et responsabilités, la conseillère en évaluation des produits a procédé à l'évaluation d'au moins quatre contrats et de 150 produits, en plus de traiter 30 alertes et rappels touchant divers équipements médicaux et fournitures.

De plus, plusieurs formations ont été données au cours de l'année 2014-2015, dont celles sur les surfaces thérapeutiques et préventives, les pompes pousse-seringue Medfusion et un rappel sur l'usage sécuritaire des cathéters IV.

6.6.5 PARTICIPATION DE LA POPULATION

Le CSSS de Trois-Rivières dispose de plusieurs moyens pour informer et consulter la population afin de connaître sa satisfaction et de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services. Dans un premier temps, l'établissement utilise les sondages reliés au processus d'agrément et consulte, au besoin, le comité des usagers et les comités de résidents. Les différents programmes et services de l'établissement peuvent aussi recourir à divers moyens pour connaître le point de vue des usagers à l'égard de leurs services, notamment lors de projets d'optimisation. Le rapport annuel de gestion 2014-2015 fait mention des consultations auprès de la population et des usagers au fil des présentations. D'autre part, le fonctionnement du RLS est axé sur la participation citoyenne en prévoyant une place à un membre de la communauté dans chacune des tables cliniques et en tirant profit de la connaissance fine du milieu de chaque partenaire.

6.6.6 AFFAIRES JURIDIQUES

Le respect des droits des usagers ainsi que l'application des lois sont des facteurs importants en matière qualité des soins et des services donnés à la population. Un service juridique soutient quotidiennement l'organisation à propos de questions concernant les droits des usagers, l'éthique et les affaires corporatives et institutionnelles.

Au cours de l'année 2014-2015, l'établissement a reçu 27 demandes d'accès à l'information et l'équipe responsable de la recherche a révisé et évalué plus de 60 ententes et contrats concernant les protocoles de recherche, afin de s'assurer de leur convenance quant aux responsabilités légales et financières.

De plus, plusieurs actions sont en place dans le but d'assurer le suivi des règles en matière de consentement aux soins dont le soutien quotidien à l'ensemble des intervenants de l'établissement. Notamment, des ateliers de formation et d'information et des rencontres avec les équipes cliniques ont été organisés pour répondre aux questionnements à cet égard.

7. RAPPORT FINANCIER

7.1 RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

La direction du CSSS de Trois-Rivières reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière. Le 7 février 2015, l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi 10 visant à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Cette Loi confie la direction (administration et fonctionnement) des établissements aux présidents-directeurs généraux (PDG). En conséquence, le PDG du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec a approuvé les états financiers.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette, S.E.N.C.R.L., dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Mallette S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le PDG pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Martin Beaumont
Président-directeur général
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

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

Aux membres du conseil d'administration du **CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats et de la variation des actifs nets (dette nette) pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 10 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières.

RESPONSABILITÉ DE LA DIRECTION POUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

RESPONSABILITÉ DE L'AUDITEUR

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

OPINION

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celle des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 10 juin 2015. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de CPA Canada, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP-3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de actifs nets (dette nette), gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date.

Mallette S.E.N.C.R.L.[1]

Malette S.E.N.C.R.L (1)
Société de comptables professionnels agréés
Trois-Rivières, Canada
Le 22 juin 2015

MALLETTE

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A111750

7.3. ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS - EXERCICE TERMINÉ AU 31 MARS 2015

ÉTAT DES RÉSULTATS – Tous les fonds

Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015

	2014-2015				2013-2014
	BUDGET	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS	340 813 741 $	326 235 812 $	20 403 056 $	346 638 868 $	339 289 068 $
Contributions des usagers	21 848 552 $	21 830 461 $	-	21 830 461 $	21 222 899 $
Ventes de services et recouvrements	6 049 754 $	7 797 473 $	-	7 797 473 $	6 788 351 $
Donations	784 386 $	229 048 $	833 477 $	1 062 525 $	961 738 $
Revenus de placement	70 000 $	80 657 $	-	80 657 $	72 687 $
Revenus de type commercial	2 878 266 $	3 147 920 $	-	3 147 920 $	2 880 648 $
Gain sur disposition	-	-	200 $	200 $	68 612 $
Autres revenus	3 143 090 $	3 678 067 $	148 $	3 678 215 $	3 416 611 $
TOTAL	**375 587 789 $**	**362 999 438 $**	**21 236 881 $**	**384 236 319 $**	**374 700 614 $**
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	246 682 588 $	253 430 554 $	-	253 430 554 $	246 741 208 $
Médicaments	15 017 273 $	15 764 823 $	-	15 764 823 $	14 393 167 $
Produits sanguins	5 875 800 $	6 139 525 $	-	6 139 525 $	5 292 703 $
Fournitures médicales et chirurgicales	20 618 038 $	19 886 574 $	-	19 886 574 $	20 671 452 $
Denrées alimentaires	4 091 239 $	4 381 562 $	-	4 381 562 $	4 462 124 $
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	16 719 000 $	17 517 338 $	-	17 517 338 $	15 584 006 $
Frais financiers	3 884 056 $	440 $	4 134 790 $	4 135 230 $	3 952 119 $
Entretien et réparation, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	6 620 810 $	4 162 657 $	3 992 495 $	8 155 152 $	7 296 184 $
Créances douteuses	15 000 $	124 710 $	-	124 710 $	107 566 $
Loyer	5 359 708 $	5 373 870 $	-	5 373 870 $	5 886 175 $
Amortissement des immobilisations	12 495 744 $	-	12 134 667 $	12 134 667 $	12 314 119 $
Autres charges	38 156 880 $	38 396 144 $	-	38 396 144 $	41 121 666 $
TOTAL	**375 536 136 $**	**365 178 197 $**	**20 261 952 $**	**385 440 149 $**	**377 822 489 $**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	51 653 $	(2 178 759) $	974 929 $	(1 203 830) $	(3 121 875) $

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

– Tous les fonds

Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015

	2014-2015			2013-2014
	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	**(2 871 365) $**	**1 780 243 $**	**(1 091 122) $**	**2 030 753 $**
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	-	-	-	-
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	**(2 871 365) $**	**1 780 243 $**	**(1 091 122) $**	**2 030 753 $**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**(2 178 759) $**	**974 929 $**	**(1 203 830) $**	**(3 121 875) $**
Autres variations	-	-	-	-
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	**(5 050 124) $**	**2 755 172 $**	**(2 294 952) $**	**1 091 122 $**

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015

	NOTE	2014-2015			2013-2014
		EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert de banque)		8 961 246 $	5 485 652 $	14 446 898 $	290 464 $
Débiteurs – Agence et MSSS		11 274 350 $	1 283 282 $	12 557 632 $	26 324 125 $
Autres débiteurs	5	5 960 229 $	121 027 $	6 081 256 $	4 440 137 $
Créances interfonds (dettes interfonds)		863 010 $	(863 010) $	-	-
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable		23 155 273 $	36 610 946 $	59 766 219 $	52 629 249 $
Frais reportés liés aux dettes		-	467 900 $	467 900 $	492 790 $
Autres éléments	6	545 949 $	6 355 824 $	6 901 773 $	7 043 403 $
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS		**50 760 057 $**	**49 461 621 $**	**100 221 678 $**	**91 220 168 $**
PASSIFS					
Emprunts temporaires		-	16 375 261 $	16 375 261 $	14 492 099 $
Autres créditeurs et charges à payer	7	29 568 652 $	2 609 281 $	32 177 933 $	29 003 826 $
Avances de fonds – enveloppes décentralisées		-	7 834 063 $	7 834 063 $	5 609 180 $
Intérêts courus à payer		-	1 283 282 $	1 283 282 $	1 176 854 $
Revenus reportés		2 337 098 $	11 772 249 $	14 109 347 $	14 890 355 $
Dettes à long terme		-	134 520 861 $	134 520 861 $	129 037 364 $
Passif au titre des avantages sociaux futurs		29 080 591 $	-	29 080 591 $	28 226 387 $
Autres éléments		258 589 $	6 355 824 $	6 614 413 $	6 558 664 $
TOTAL DES PASSIFS		**61 244 930 $**	**180 750 821 $**	**241 995 751 $**	**228 994 729 $**
ACTIFS FINANCIERS NETS (dette nette)		**(10 484 873) $**	**(131 289 200) $**	**(141 774 073) $**	**(137 774 561) $**
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations		-	134 044 372 $	134 044 372 $	131 588 616 $
Stocks de fournitures		4 380 957 $	-	4 380 957 $	4 384 017 $
Frais payés d'avance		1 053 792 $	-	1 053 792 $	710 806 $
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS		**5 434 749 $**	**134 044 372 $**	**139 479 121 $**	**136 683 439 $**
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS		**(5 050 124) $**	**2 755 172 $**	**(2 294 952) $**	**(1 091 122) $**

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS
(DETTE NETTE)
Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015

	2014-2015				2013-2014
	BUDGET	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	**(137 774 561) $**	**(7 966 188) $**	**(129 808 373) $**	**(137 774 561) $**	**(138 382 497) $**
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	-	-	-	-	-
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉS	**(137 774 561) $**	**(7 966 188) $**	**(129 808 373) $**	**(137 774 561) $**	**(138 382 497) $**
SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE	**-**	**(2 178 759) $**	**974 929 $**	**(1 203 830) $**	**(3 121 875) $**
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions	(14 545 726) $	-	(14 590 423) $	(14 590 423) $	(9 194 815) $
Amortissement de l'exercice	12 495 744 $	-	12 134 667 $	12 134 667 $	12 314 119 $
(Gain)/Perte sur dispositions	-	-	(200) $	(200) $	-
Produits sur dispositions	-	-	200 $	200 $	-
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	**(2 049 982) $**	**-**	**(2 455 756) $**	**(2 455 756) $**	**3 119 304 $**
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures	-	(4 380 957) $	-	(4 380 957) $	(4 384 017) $
Acquisition de frais payés d'avance	-	(1 053 792) $	-	(1 053 792) $	(710 806) $
Utilisation des stocks de fournitures	-	4 384 017 $	-	4 384 017 $	4 359 664 $
Utilisation de frais payés d'avance	-	710 806 $	-	710 806 $	1 345 666 $
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	**-**	**(339 926) $**	**-**	**(339 926) $**	**610 507 $**
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**(2 049 982) $**	**(2 518 685) $**	**(1 480 827) $**	**(3 999 512) $**	**607 936 $**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	**(139 824 543) $**	**(10 484 873) $**	**(131 289 200) $**	**(141 774 073) $**	**(137 774 561) $**

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015

	2014-2015	2013-2014
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**(1 203 830) $**	**(3 121 875) $**
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	(339 926) $	610 507 $
Perte (gain) sur dispositions d'immobilisations	(200) $	-
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	(833 477) $	(770 939) $
Autres	12 134 667 $	12 314 119 $
Amortissement des immobilisations	(6 861 860) $	(7 530 370) $
Subvention à recevoir – réforme comptable – immobilisations	-	(497 055) $
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	**4 099 204 $**	**4 126 262 $**
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	18 484 624 $	(1 990 998) $
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	**21 379 998 $**	**(986 611) $**
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisition d'immobilisations	(14 590 423) $	(9 194 815) $
Produits de disposition d'immobilisations	200 $	-
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations	**(14 590 223) $**	**(9 194 815) $**

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015

	2014-2015	2013-2014
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
DETTES À LONG TERME		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	12 980 639 $	29 897 464 $
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(7 200 930) $	(6 505 376) $
Emprunts remboursés – Refinancement de dettes à long terme	(296 212) $	(14 383 559) $
EMPRUNTS TEMPORAIRES –FONDS D'IMMOBILISATIONS		
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	14 870 519 $	30 067 640 $
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(6 719) $	(462 585) $
Emprunts temporaires remboursés – Refinancement fonds immobilisations	(12 980 638) $	(29 897 464) $
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	**7 366 659 $**	**8 716 120 $**
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	**14 156 434 $**	**(1 465 306) $**
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	**290 464 $**	**1 755 770 $**
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	**14 446 898 $**	**290 464 $**
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT		
ENCAISSE	**14 446 898 $**	**290 464 $**

ÉTAT DES RÉSULTATS – Fonds d'exploitation

Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015

	2014-2015				2013-2014
	BUDGET	EXPLOITATION	ACT. ACCESS.	TOTAL	
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS	321 603 347 $	325 216 195 $	1 019 617 $	326 235 812 $	321 075 237 $
Contributions des usagers	21 848 552 $	21 830 461 $	-	21 830 461 $	21 222 899 $
Ventes de services et recouvrements	6 049 754 $	7 797 473 $	-	7 797 473 $	6 788 351 $
Donations	-	129 048 $	100 000 $	229 048 $	190 799 $
Revenus de placement	70 000 $	80 657 $	-	80 657 $	72 642 $
Revenus de type commercial	2 878 266 $	-	3 147 920 $	3 147 920 $	2 880 648 $
Gain sur disposition	-	-	-	-	66 760 $
Autres revenus	3 142 952 $	1 717 383 $	1 960 684 $	3 678 067 $	3 416 473 $
TOTAL	**355 592 871 $**	**356 771 217 $**	**6 228 221 $**	**62 999 438 $**	**355 713 809 $**
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	246 682 588 $	251 157 677 $	2 272 877 $	253 430 554 $	246 741 208 $
Médicaments	15 017 273 $	15 764 823 $	-	15 764 823 $	14 393 167 $
Produits sanguins	5 875 800 $	6 139 525 $	-	6 139 525 $	5 292 703 $
Fournitures médicales et chirurgicales	20 618 038 $	19 886 574 $	-	19 886 574 $	20 671 452 $
Denrées alimentaires	4 091 239 $	4 381 562 $	-	4 381 562 $	4 462 124 $
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	16 719 000 $	17 517 338 $	-	17 517 338 $	15 584 006 $
Frais financiers	30 000 $	440 $	-	440 $	4 224 $
Entretien et réparation	3 027 345 $	3 686 340 $	476 317 $	4 162 657 $	3 737 714 $
Créances douteuses	15 000 $	124 710 $	-	124 710 $	107 566 $
Loyer	5 359 708 $	5 277 350 $	96 520 $	5 373 870 $	5 886 175 $
Autres charges	38 156 880 $	36 880 988 $	1 515 156 $	38 396 144 $	41 121 666 $
TOTAL	**355 592 871 $**	**360 817 327 $**	**4 360 870 $**	**365 178 197 $**	**358 002 005 $**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**-**	**(4 046 110) $**	**1 867 351 $**	**(2 178 759) $**	**(2 288 196) $**

NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS

Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015

NOTE 1 : CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Il a pour mandat d'offrir des services de santé et des services sociaux à la population, d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés et d'offrir, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie de substitut et des services d'hébergement.

La raison d'être du CSSS de Trois-Rivières est d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la population du territoire. Le siège social de l'Établissement est situé à Trois-Rivières. Les points de service sont répartis dans le territoire de Trois-Rivières et Saint-Étienne-des-Grès. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entrainera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 : PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

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

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

Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation numéro 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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

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

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs comptabilisés, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et charges de l'exercice présenté dans les états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, les créances irrécouvrables, le passif au titre des avantages sociaux futurs et de la CSST.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous le contrôle de l'établissement, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus. Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375-00 du AS-471.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement tel que stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts
Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus
Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Dépenses de transfert
Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

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

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

Charges inhérentes aux ventes de services
Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Instruments financiers
En vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux établissements.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur le marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés, les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation et l'amortissement selon la méthode du taux effectif sont présentés à la note complémentaire 8.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuilles sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalents de trésorerie
La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires.

Débiteurs
Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts
Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer
Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme
Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec
Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Passifs environnementaux
Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif mais dont l'état émane d'un évènement imprévu, sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice. Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du MSSS, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement concerné doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du MSSS ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci. L'établissement est responsable de décontaminer un terrain nécessitant des travaux de réhabilitation et faisant l'objet d'un usage productif.

L'établissement n'a comptabilisé aucun passif environnemental au 31 mars 2015. L'information nécessaire pour ce faire n'étant pas disponible, le montant n'a pu être estimé raisonnablement.

Aucun passif environnemental n'est présenté au fonds d'immobilisations.

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

Provision pour assurance-salaire
Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances
Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

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

Provision pour congé de maladie
Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

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

Provision pour droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées à partir des dossiers des employés du système des ressources humaines qui ont un code d'absence pour congé de maternité, de grossesse, de congé préventif pour grossesse, d'adoption ou de paternité. Le système lance le calcul des heures et montants à prévoir pour la durée de l'absence. Les facteurs statut de l'employé, admissibilité au régime québécois d'assurance parentale ou d'assurance-emploi, montant prévu de prestation du RQAP ou de l'assurance-salaire et conditions prévues aux conventions collectives sont retenus pour constituer le calcul de l'estimation.

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

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

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

CATÉGORIE	DURÉE
Aménagement des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériaux et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location - acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs

états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

- Fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Prêts interfonds
Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucun frais de gestion ne peut être chargé par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

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

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'ASSSMCQ;

- Activités accessoires : elles comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activité
En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activité. Chacun des centres d'activité regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activité sont subdivisés en sous-centres d'activité.

Unités de mesure
Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activité donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

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

NOTE 3 : MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats totaux fournis à la page 200-00 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015 l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

NOTE 4 : DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration du 3 juillet 2014.

NOTE 5 : AUTRES DÉBITEURS – FONDS D'EXPLOITATION

	2014-2015	2013-2014
Ventes de services	225 152 $	154 824 $
Recouvrements – établissement public	397 654	60 509
Recouvrements - autres	1 052 715	510 260
Établissements publics et agences	253 363	89 653
Contributions des usagers	1 677 900	1 378 178
Avances aux employés	237 700	243 105
Réclamation de TPS et TVQ	1 127 967	993 499
Régie de l'assurance maladie du Québec	761 749	498 644
Autres	438 176	536 859
Provision pour créances douteuses	(212 147)	(158 921)
Total	**5 960 229 $**	**4 306 610 $**

NOTE 6 : AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIFS – FONDS D'EXPLOITATION

	2014-2015	2013-2014
Congé à traitement différé	545 949 $	783 170 $

NOTE 7 : AUTRES CRÉDITEURS ET CHARGES À PAYER – FONDS D'EXPLOITATION

	2014-2015	2013-2014
Salaires courus à payer	12 478 416 $	11 021 920 $
Déductions à la source et charges sociales	8 640 233 $	6 746 399
Fournisseurs	6 547 209 $	7 686 957
Autres	1 902 794 $	2 065 473
Total	**29 568 652 $**	**27 520 749 $**

NOTE 8 : INSTRUMENTS FINANCIERS

Impact sur les états financiers

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

NOTE 9 : GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit et le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risques de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs et la subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont gérés de façon sécuritaire auprès d'une institution financière jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2015, ces actifs financiers étaient conservés dans un compte courant. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs - Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir - réforme comptable est faible puisque ces postes sont constituées de contribution à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec et l'agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Il est impossible de déterminer dans combien de jours suivant la fin d'exercice ces sommes seront reçues.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurance, de la RAMQ et de la CSST, du gouvernement du Canada, de Fondations et de compagnies et organismes divers qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 92 % (95 % au 31 mars 2014) du montant total recouvrable. L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Risque de liquidités

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme, le passif au titre des avantages sociaux futurs, les congés à traitement différé et les dépôts de soumissions et autres.

Les emprunts temporaires sont composés d'une acceptation bancaire dont l'échéance est au 9 avril 2015, au taux d'intérêt de 1,28 %, de billets au pair au taux d'intérêt des acceptations bancaires plus 0,05 %. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement est exposé aux risques de change et de taux d'intérêt.

Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés. Le risque de change est minime car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises. Elle ne gère donc pas activement ce risque.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché. L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées. Du montant des emprunts temporaires totalisant 16 375 261 $, un montant de 3 998 176 $ porte intérêt au taux des acceptations bancaires de 1,28 %, un montant de 4 041 745 $ porte intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,05 % alors que d'autres représentant 8 335 340 $ portent intérêt à taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 142 354 924 $, un montant de 7 834 063 $ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par l'agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 134 520 861 $, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. Ce montant représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

NOTE 10 : OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

L'établissement est apparenté avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600-00 du AS-471.

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

La Fondation Régionale pour la santé de Trois-Rivières
La Fondation régionale pour la santé de Trois-Rivières (RSTR) a pour mission d'amasser de l'argent ou autres biens dans le but de favoriser la création, le maintien et le développement de la qualité des soins et des services dispensés aux usagers traités au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières, en plus de répondre aux besoins en soins spécialisés de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Le conseil d'administration du CSSS de Trois-Rivières comprend une personne élue par le conseil d'administration de la Fondation RSTR. L'établissement est représenté par quatre personnes au conseil d'administration de la Fondation RSTR.

Les contributions de la Fondation sont les suivantes :

- 2014-2015 : 976 098 $
- 2013-2014 : 563 450 $

Ces contributions ont servi principalement à l'acquisition d'équipements médicaux au fonds d'immobilisations.

Depuis le 1er avril 2003, certains terrains de stationnement de l'établissement font l'objet d'une convention de bail sous seing privé pour la location par la Fondation. Au cours de l'exercice, un loyer de 1 588 692 $ (1 460 881 $ en 2013-2014) a été versé à l'établissement par la Fondation.

Depuis le 1er avril 2003, les terrains loués précédemment font l'objet d'un contrat de gestion qui confie à l'établissement la gestion de ces terrains. Au cours de l'exercice, des honoraires de gestion 434 954 $ (473 549 $ en 2012-2013) ont été versés à l'établissement par la Fondation.

NOTE 11 : CHIFFRES COMPARATIFS

Certaines données de l'exercice précédent ont été reclassées, afin de les rendre conformes à la présentation adoptée au cours du présent exercice.

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

DESCRIPTION DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS	ANNÉE 20XX-XX	NATURE (R, O OU C)	MESURES PRISES POUR RÉGLER OU AMÉLIORER LA PROBLÉMATIQUE IDENTIFIÉE	ÉTAT DE LA PROBLÉMATIQUE AU 31 MARS 2015		
				R	PR	NR
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT PORTANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS						
Contrat de location d'immeuble conclu avec la SQI comptabilisé à titre de contrat de location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition.	2011-2012	R	Aucune, car directive du MSSS			X
Comme l'exige le MSSS, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP34110 - Paiements de transfert ce qui a eu pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale.	2013-2014	R	Aucune, car directive du MSSS			X
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT PORTANT SUR LES UNITÉS DE MESURE ET LES HEURES TRAVAILLÉES ET RÉMUNÉRÉES						
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT PORTANT SUR LE RESPECT DES CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION EN VIGUEUR LORS DE L'OCTROI DE CONTRATS SOUMIS À LA DIRECTIVE MINISTÉRIELLE 2012-026 OU À L'ARTICLE 2 DU RÈGLEMENT SUR CERTAINES CONDITIONS DE TRAVAIL APPLICABLES AUX CADRES						
QUESTIONNAIRE À REMPLIR PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT (VÉRIFICATEUR EXTERNE)						
L'établissement a encouru un excédent des charges a sur les revenus des activités principales, alors que son avoir propre est déficitaire contrevenant à l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux.	2012-2013	C	Au rapport financier annuel 2012-2013, ce commentaire avait été mentionné comme une réserve au rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers. Avoir-propre déficitaire de 86 114 $ au 31 mars 2013 sera absorbé dans les prochains exercices.			X
L'établissement ne respecte pas la Loi sur l'équilibre budgétaire.	2013-2014	C	Avoir-propre déficitaire de 2 871 365 $ au 31 mars 2014 sera absorbé dans les prochains exercices.			X
RAPPORT À LA GOUVERNANCE						

Colonne 3 « Nature »
R : Réserve
O : Observation
C : Commentaire

Colonnes 5, 6 et 7 « État de la problématique »
R : Réglée
PR : Partiellement réglée
NR : Non réglée

7.5 CONTRATS DE SERVICES, COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 $ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1ER JANVIER 2015 ET LE 31 MARS 2015

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique[1]	0	0
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	3	171 291,61 $
Total des contrats de services	**3**	171 291,61 $

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

8. CONSEILS, COMITÉS ET INSTANCES

8.1 COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

8.1.1 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité est composé des membres suivants, au 31 mars 2015 :

- M. Guy Rousseau, président
- M. Jean-Claude Beaumier
- Mme Lucie Lahaie
- Mme Lucie Letendre
- Mme Joan Bergeron
- Mme Céline Halikas, membre non votante
- Mme Louise Lavigueur, personne ressource

Le rôle du comité de vigilance et de la qualité comporte trois volets : le suivi des recommandations découlant du traitement des plaintes, la coordination des activités des différentes instances œuvrant en matière de qualité et le fait de veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de sa responsabilité de s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés.

Au cours de l'année 2014-2015, le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à cinq reprises. Lors de ses rencontres, le comité a reçu les recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et pris connaissance du rapport du médecin examinateur. En lien avec les priorités du comité ainsi que les priorités de la planification stratégique, le comité a assuré le suivi de plusieurs dossiers dont le rôle des infirmières dans les GMF, le circuit du médicament, l'état de situation de l'accessibilité aux soins et services ainsi que les résultats de la visite d'agrément.

8.1.2 COMITÉ DE VÉRIFICATION

Le comité est composé des membres suivants au 31 mars 2015

- M. Normand St-Louis, président
- M. Charles-Arthur Walker, vice-président
- Mme Lyne Chevalier
- Mme Lucie Lahaie

De façon générale, les responsabilités du comité couvrent l'utilisation optimale et le suivi de l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement et la mise en place d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement. De façon plus spécifique, le comité de vérification a notamment pour fonctions :

- de s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que son suivi;
- de s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- d'examiner les états financiers avec l'auditeur nommé par le conseil d'administration;
- de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
- de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et de s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces.

Au cours de l'exercice, le comité de vérification s'est réuni à sept reprises. Les principaux points qui ont été abordés sont :

- **fonctionnement du comité :** l'approbation du programme annuel pour les sujets suivants : plan de vérification interne, contrôles de l'information financière, suivi de la situation financière et de la performance de l'établissement et auto-évaluation du comité de vérification;
- **les contrôles internes :** suivi des rapports sur la rémunération des cadres, hors cadres et rémunération médicale, contrats de services couverts et non couverts par l'approvisionnement et gestion des revenus de stationnements. Révision des contrôles interne relatifs aux revenus impliquant des liquidités notamment les revenus de cafeteria de vaccination;
- **politiques :** approbation de la nouvelle politique d'approvisionnement;
- **optimisation :** révision des coûts d'assurance-salaire, analyse du plan d'actions d'optimisation du bloc opératoire et suivi du plan d'optimisation de secteurs;
- révision de la situation financière de l'établissement à toutes les rencontres et suivi des plans d'actions.

8.1.3 COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Le comité est composé des membres suivants, au 31 mars 2015 :

- Mme Solange Guimond, présidente
- Mme Christiane Bonfanti, vice-présidente
- Mme Liette L. Lafontaine, secrétaire
- Mme Céline Halikas
- Mme Lucie Letendre
- Mme Denise Massicotte

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

Au cours de l'année 2014-2015, le comité s'est réuni à sept reprises. Les travaux ont principalement porté sur la révision des règlements de régie interne du conseil d'administration, l'autoévaluation des membres de ce même conseil et des comités de gouvernance et d'éthique, de vérification, de vigilance et de la qualité, et de ressources humaines.

Le comité a également planifié quatre formations pour les membres du conseil d'administration concernant le fonctionnement et le rôle de l'Unité permanente anticorruption (UPAC), la gestion intégrée des risques, la responsabilité populationnelle et la gestion des finances. Dans le contexte l'adoption de la Loi 10, les trois dernières formations ont été annulées.

Les membres ont contribué activement à la visite d'Agrément Canada pour répondre au cahier de la norme de gouvernance. Le comité a été consulté par différentes instances concernant des politiques reliées à ses fonctions et il a collaboré dans la préparation de la documentation nécessaire à l'élaboration de la nouvelle vision de l'établissement.

8.1.4 COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

Le comité est composé des membres suivants, au 31 mars 2014 :

- Mme Christiane Bonfanti, présidente
- Mme Lucie Letendre
- M. Jean-Claude Beaumier
- M. Olivier Tardif
- Mme Denise Tremblay
- M. Louis Brunelle, membre invité

Ce comité contribue à la réflexion sur les grands enjeux stratégiques liés aux ressources humaines, tels que la disponibilité et la rétention de la main-d'œuvre, l'utilisation optimale des ressources humaines, la mobilisation des personnes et le soutien aux gestionnaires. Le comité tient compte du fait que l'établissement doit composer avec la rareté de main-d'œuvre au Québec et est confronté à une problématique relative à sa capacité d'utiliser sa main-d'œuvre d'une façon optimale. Il agit à titre de gardien des valeurs et de la philosophie de gestion du CSSS de Trois-Rivières et contribue à la démarche d'acquisition de la norme *Entreprise en santé*.

8.2 COMITÉ DES USAGERS

Le comité des usagers est composé des membres suivants, au 31 mars 2015 :

- Mme Diane Gagnon, présidente
- M. Denise Asselin, vice-présidente
- Mme Liette L. Lafontaine, secrétaire-trésorière
- M. Roland Auclair, représentant comité de résidents du Centre d'hébergement Cooke
- Mme Carmen Bouchard
- M. Jean-Jacques Comtois, représentant comité de résidents du Centre d'hébergement Louis-Denoncourt
- Mme Lina Desrosiers, représentante comité de résidents du Centre St-Joseph
- Mme Rollande Dufour-Nadeau, représentante comité de résidents du Centre d'hébergement Roland-Leclerc
- Mme Caroline Gélinas, représentante comité de résidents du Centre Cloutier-du Rivage
- Mme Emma-Émilie Gélinas
- Mme Lucie Lahaie
- Mme Danielle Maurais
- Mme Denise Proulx

Le mandat du comité des usagers est d'être le gardien des droits des usagers. Ce comité veille à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés. Il est l'un des porte-paroles importants des usagers auprès de l'établissement. Le comité a toujours une préoccupation particulière envers les clientèles les plus vulnérables et travaille à promouvoir l'amélioration des conditions de vie des personnes hébergées.

Cette année, le comité s'est réuni à neuf reprises. Dans le respect de son mandat, le comité, en collaboration avec l'établissement, a jeté les assises pour évaluer la satisfaction des usagers face aux services reçus aux cliniques externes du CHR, et ce, dans le but d'obtenir un portrait précis de ce qui doit être amélioré, mais également de ce qui mérite d'être maintenu et valorisé dans les services déjà offerts.

En continuité avec les années passées, des journées de sensibilisation ont été organisées, l'ourson Câlin est remis aux enfants ayant une chirurgie d'un jour, une trousse d'hygiène est remise aux usagers démunis lors d'une hospitalisation et le comité a participé à la semaine de la Prévention et de la sécurité.

8.3 CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Le comité exécutif du CMDP est composé des membres suivants, au 31 mars 2015 :

- Dr Stéphane Charest, président
- Dr Michel Leblanc, vice-président
- Dr Mario Pelletier, secrétaire
- M. Éric Raby, trésorier
- Dre Anne-Marie Asselin, conseillère
- Dre Amélie Boucher-Pilon, conseillère
- Dr Ariel Diaz, conseiller
- Dre Julie Fréchette, conseillère
- Dr Janel Labbé, conseiller
- Dr Bruno LaHaye, conseiller
- Dre Patricia Marchand, conseillère
- Dr Yves Lamirande, directeur des services professionnels et des affaires médicales
- Mme Lucie Letendre, directrice générale

Au cours de l'année 2014-2015, le comité exécutif du CMDP s'est réuni en assemblée ordinaire à onze reprises. De plus, trois assemblées générales et une assemblée annuelle ont été tenues.

Plusieurs sujets d'ordre médical et administratif ont été discutés dont ceux traitant, entre autres, des éléments suivants :

- le cheminement de la réalisation du projet de la Phase II sur le site du CHAUR;
- le développement d'un service d'hémodynamie au CHAUR;
- le déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ);
- la mise en application de la loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que du projet de loi 20 favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée;
- le processus d'obtention d'une désignation ministérielle en tant que centre régional secondaire en AVC/AIT au CHAUR;
- le projet de création d'une unité de surveillance par télésaturométrie pour la clientèle postopératoire souffrant d'apnée du sommeil sur le site du CHAUR;
- la création d'un comité de gestion de l'accès aux soins spécialisés et de la pertinence des demandes d'examens qui débutera ses activités incessamment.

8.3.1 COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique a tenu cinq réunions régulières au cours de la présente année. Il a étudié certains dossiers référés pour des avis particuliers et procédé à la révision de différentes études de cas de décès ou de complications. Des études par critères objectifs ont eu lieu au cours de l'année dont:

- l'étude ALTE, effectuée par le Département de pédiatrie, en collaboration avec le CHU Sainte-Justine;
- l'étude sur les cas de thyroïdectomie pour cancer pour les périodes de 2005 à 2014.

8.3.2 COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Le comité de pharmacologie a tenu neuf rencontres au cours de l'année 2014-2015. Voici quelques réalisations :

- mise à jour du mandat du comité de pharmacologie et nouvelle structure et fonctionnement proposés à l'exécutif du CMDP;
- mise sur pied de sous-comités afin d'améliorer le fonctionnement et de mieux remplir les mandats qui lui sont confiés;
- analyse et recommandations sur l'ajout, le retrait ou l'utilisation particulière de quinze médicaments;
- participation à la révision et à l'adoption de onze ordonnances préimprimées, sept protocoles d'administration des médicaments et dix ordonnances collectives;
- revue de classes de médicaments pour le volet de soins de longue durée;
- diffusion et recommandations aux professionnels concernés de plus de 15 mises en garde suite aux avis émis par Santé Canada;

- présentation de règles d'utilisation par rapport aux électrolytes concentrés utilisés en hémofiltration;
- rappel aux médecins prescripteurs et résidents sur l'utilisation des abréviations dangereuses;
- adoption des recommandations émises par le sous-comité de parrainage des antibiotiques;
- présentation d'une revue rétrospective des médicaments hors indication ou hors formulaire demandés en nécessité médicale particulière;
- présentation des médicaments en rupture d'approvisionnement nécessitant une intervention clinique afin d'assurer le continuum de soins et la sécurité des usagers.

8.4 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Le comité exécutif du CII est composé des membres suivants, au 31 mars 2014 :

- Mme Hélène Garneau, présidente
- Mme Claudia McMahon, vice-présidente
- Mme Ariane Lesieur secrétaire
- Mme Julie Bergevin, conseillère
- M. Francis Frenette, conseiller
- Mme Corinne Brosseau, conseillère
- Mme Geneviève Frigon, conseillère
- Mme Carole Paquin, directrice des pratiques multidisciplinaires et des soins infirmiers

En 2014-2015, le CII a tenu quatre rencontres régulières et une assemblée générale annuelle. Parmi ses priorités, le comité s'est assuré d'avoir une bonne représentativité dans les différents comités de l'établissement. Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers, le comité exécutif a sensibilisé ses membres à l'importance de la formation continue. De plus, le CII a rédigé des articles dans le bulletin interne de l'établissement.

Par ailleurs, le CII a émis neuf avis portant sur différentes règles de soins, sur la Politique de déclaration d'événement indésirable, de divulgation des accidents, de gestion des événements sentinelles et de la détermination du niveau de soins et des manœuvres de réanimation.

8.5 CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Le comité exécutif du CM est composé des membres suivants, au 31 mars 2014 :

- M. Pascal Huot, président
- Mme Valérie Lacoursière, vice-présidente
- Mme Geneviève Grondin, agente aux communications
- Mme Sandra Langlais, secrétaire
- Mme Johanne Amyot, responsable des comités de pairs
- Mme Justine Maurier, officier (absence et intérim assuré par Mme Mélanie Bergeron)
- M. Alex Normandin, officier
- Mme Isabelle Dubuc, (absence et intérim non comblé)
- M. Hugo Toupin, délégué de la DPMSI
- Mme Lucie Letendre, directrice générale

Cette année, le CM a tenu huit rencontres régulières et une assemblée générale. Parmi les principales réalisations, le CM a produit des avis sur les mesures de contention et d'isolement, sur la Politique de consentement aux soins et services de santé, sur le Code d'éthique, sur le projet d'encadrement des soins en soins palliatifs et sur la Politique de gestion des risques. Le CM a également participé à quatre comités de pairs qui travaillent à améliorer la qualité de la pratique, en plus d'avoir œuvré à la représentation du comité dans plusieurs événements dont la divulgation du plan stratégique 2014-2018 et le colloque de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec. La mise à jour de la section intranet réservée au CM, la publication de communiqués et d'articles dans le journal L'Allié figurent aussi au bilan des efforts en communication.

8.6 COMITÉ DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES À L'HÉBERGEMENT (CPAB)

Le comité est composé des membres suivants, au 31 mars 2014 :

- Mme Annie Bellerive, Centre d'hébergement Cooke
- M. Enrico Girard, Centre d'hébergement Cooke
- Mme Isabelle Rheault, Centre d'hébergement Cooke
- Mme Nathalie Desrosiers, Centre d'hébergement Louis-Denoncourt
- M. Claude Ricard, Centre d'hébergement Louis-Denoncourt
- Mme Sylvie Desaulniers, Centre d'hébergement Roland-Leclerc
- Mme Sylvie Fontaine, Centre d'hébergement Roland-Leclerc
- Mme Nicole Vallerand, Centre d'hébergement Roland-Leclerc
- M. Jacques Goulet, Centre St-Joseph
- M. Luc Mongrain, Centre St-Joseph
- M. Gilles Duranceau, Centre Cloutier-du Rivage
- Mme Ghislaine Dumont, Centre Cloutier-du Rivage
- Mme Aline Pinet, Centre Cloutier-du Rivage
- M. Sébastien Rouleau, directeur du Programme hébergement
- Mme Christine Hébert, directrice adjointe à l'hébergement

Le CPAB avait pour objectif cette année de poursuivre ses activités en lien avec la semaine de prévention et contrôle des infections (PCI). Ses membres ont participé à l'activité annuelle de PCI à l'hébergement. Ils ont contribué à l'élaboration de deux capsules d'informations sur le thème du respect. Ils ont aussi été consultés dans la recherche d'une solution pour le mode de fonctionnement des téléavertisseurs en lien avec la liste de rappel. Leur implication dans l'amélioration des pratiques PAB est indéniable et les questionnements soulevés par ce groupe de représentants de l'ensemble de nos préposés aux bénéficiaires est riche pour l'évolution de la qualité et la sécurité de la pratique.

8.7 COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Le comité est composé des membres suivants, au 31 mars 2015 :

- Mme Marta Acevedo, Direction générale adjointe organisationnelle
- Mme Denise Asselin, Comité des usagers
- Dre Nancy Ayotte, membre CMDP
- M. Martin Barolet, chef de service santé mentale adulte, par intérim
- Mme Jessyka Blouin, volet 1ère ligne, Département pharmacie
- Mme Julie Bergevin, membre CII
- Mme Corinne Brosseau, conseillère cadre en soins infirmiers
- Mme Isabelle Dion, chef de l'administration des programmes hébergement dans la communauté
- M. Jean-Guillaume Gagnon, volet CH, Département pharmacie
- M. Alain Gervais, chef du service génie biomédical
- Mme Renée Guillemette, service de santé
- Mme Liette L Lafontaine, Comité des usagers
- Mme Maryse Leboeuf, représentante du Conseil multidisciplinaire
- Mme Claudia McMahon, conseillère cadre au Programme de gestion des risques
- Mme Claire Ouellet, chef de programme hébergement
- Mme Josée Panneton, coordonnatrice Programme de prévention et contrôle des infections
- Mme Annie Roberge, chef de service dans la Direction santé physique-médecine
- M. Yvon Tourigny– coordonnateur en sécurité, télécom, hygiène et salubrité, buanderie, déchets biomédicaux et transport messagerie courrier.
- Mme Sylvie Tousignant, chef de programme Centre parents-enfant
- Mme Marielle Vincent, chef de programme stérilisation, endoscopie et urologie

Le comité de gestion des risques assure un rôle de vigie en matière de sécurité dans l'établissement en faisant des recommandations et en s'assurant que des mesures soient mises en place pour assurer la sécurité des usagers. Au cours de l'année 2014-2015, le comité a tenu sept rencontres. Il a notamment terminé les travaux d'harmonisation des politiques encadrant la gestion des risques au sein de l'établissement. Il a révisé les indicateurs de suivi et un tableau de bord interactif a été créé pour la diffusion trimestrielle de statistiques dans l'organisation.

Dans une perspective d'amélioration continue et en suivi de ses travaux, le comité de gestion des risques a émis des recommandations au conseil d'administration quant à :

- la bonification de la formation offerte au personnel de sécurité;
- la poursuite des travaux du comité tactique du circuit du médicament;
- le soutien à apporter aux RNI quant à la gestion des médicaments.

L'ensemble des recommandations ont été prises en charge par les secteurs concernés.

8.8 COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Le comité est composé des membres suivants, au 31 mars 2015 :

- Mme Louise Lavigueur, directrice générale adjointe organisationnelle
- Dre Huguette Alarie, omnipraticienne
- Mme Corinne Brosseau, conseillère cadre en activités cliniques – soins infirmiers
- Dre Véronique Bussière, obstétricienne-gynécologue
- M. Daniel Lalonde, conseiller cadre en activités cliniques- psychosocial
- Mme Geneviève Frigon, chef de l'administration des programmes gériatriques
- Mme Hélène Germain, infirmière auxiliaire
- Mme Liette L. Lafontaine, secrétaire du comité des usagers
- Mme Rosemonde Landry, directrice générale adjointe à la gouvernance clinique
- Mme Line Routhier, chef de l'administration de programme des services de 1ère ligne en santé mentale adulte
- Dr Antoine Moutier, omnipraticien
- Mme Denise Proulx, comité des usagers
- Dre Johanne Veilleux, psychiatre
- Mme Mélissa McMahon, avocate
- M. Réjean Boivin, intervenant en soins spirituels
- M. Gilles Duranceau, préposé aux bénéficiaires

Le comité d'éthique clinique a tenu six rencontres en cours d'année. Afin de promouvoir le comité d'éthique clinique dans l'établissement, plusieurs actions ont été réalisées dont un onglet intranet ainsi que la rédaction d'articles dans le bulletin interne. Pour soutenir les équipes face aux enjeux éthiques vécus dans la dispensation des soins et services, un guide de réflexion éthique a été élaboré par le comité et plusieurs consultations concernant des enjeux éthiques ont été effectuées dans les équipes suite à des demandes spécifiques.

De plus, 146 intervenants ont répondu à un sondage concernant les enjeux éthiques. Le consentement éclairé, l'euthanasie, l'aide au suicide, l'aide médicale à mourir ainsi que la transparence dans les relations du personnel avec les usagers et les familles sont parmi les grandes préoccupations éthiques amenées par le personnel. Afin de répondre à certaines préoccupations, des ateliers ont été organisés dans différents sites pour le personnel qui intervient avec diverses clientèles dont les enfants, les personnes âgées ainsi que les personnes ayant des problématiques de santé mentale afin de mieux les outiller face aux enjeux concernant le consentement aux soins.

8.9 COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité est formé des membres suivants, au 31 mars 2015 :

- Dr André F. Gagnon, neurologue
- Dr Richard Turcot, néphrologue
- Dre Catherine Lemay, cardiologue
- Dre Claudia Houle, infectiologue
- Dre Anouk Tremblay, hémato-oncologue
- Dr Emmanuel Charbonney, intensiviste
- M. François Lemire, pharmacien
- M. Bernard Deshaies, pharmacien
- Mme Marie-Hélène Gagnon, pharmacienne
- Mme Danielle Tapps
- Mme Danielle Champagne
- M. Daniel Gagné
- M. Réjean Boivin
- M. Denis Bournival
- M. Gilles Ducharme
- Me Emmanuel Ayotte
- Me Maxim Veillette

En 2014-2015, le comité d'éthique de la recherche a tenu 14 réunions avec ses membres bénévoles. Ces rencontres permettent de faire les analyses suivantes : nouveaux projets présentés, fermetures d'études, modifications apportées à des projets en cours, renouvellements d'études en cours, et tout autre suivi demandé par les projets. Au cours de la dernière année, 30 nouveaux projets ont été étudiés et 14 études ont été complétées, portant ainsi à 109 le nombre de projets actifs en fin d'exercice.

8.10 COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

La commissaire est responsable, envers le conseil d'administration, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. En tant que membre du comité de vigilance et de la qualité, la commissaire s'assure de la satisfaction des usagers en recommandant des mesures qui visent l'amélioration de la qualité des services.

8.10.1 SUIVI DES PLAINTES

TOTAL DES PLAINTES

OBJETS DE PLAINTE[1]	COMMISSAIRE LOCALE				MÉDECIN EXAMINATEUR			
	2014-2015		2013-2014		2014-2015		2013-2014	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Accessibilité et continuité	**91**	23,16	57	19,79	**6**	6,12	12	15,58
Aspect financier	**24**	6,11	20	6,94	**0**	0	0	0
Droits particuliers	**28**	7,12	25	8,68	**6**	6,12	7	9,09
Organisation du milieu	**44**	11,20	48	16,67	**0**	0	0	0
Relations interpersonnelles	**84**	21,37	51	17,71	**28**	28,57	13	16,88
Soins et services	**112**	28,50	84	29,17	**58**	59,18	45	58,44
Autres objets	**10**	2,54	3	1,04	**0**	0	0	0
Total	**393**	**100**	**288**	**100**	**98**	**100**	**77**	**100**

1. Objets de plainte : représente le motif de plainte. Chaque plainte peut contenir plusieurs objets.

PRINCIPALES MESURES CORRECTIVES

- Rappel du code d'éthique, implication et suivi par les gestionnaires pour améliorer les communications;
- Encadrement des intervenants;
- Amélioration de l'accès par une réorganisation du travail et une réduction des délais.

CONSTATS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES

- Augmentation importante du nombre des plaintes et interventions reliées aux soins et services. En ce qui concerne cet aspect, la commissaire demande aux directions concernées de poursuivre l'implantation des mesures correctives recommandées.
- Augmentation des motifs d'insatisfaction en lien avec l'accessibilité aux services, notamment les délais d'accès à l'urgence. En cours d'année, un projet Lean a été implanté afin améliorer l'expérience client à l'urgence.
- Augmentation du nombre d'insatisfactions en lien avec les relations interpersonnelles. Augmentation des références à la Direction des ressources humaines pour étude disciplinaire. La commissaire réitère sa demande aux directeurs du CSSS de Trois-Rivières de participer à la mise en place du plan d'action permettant d'assurer l'intégration des valeurs de l'établissement et les encourage à porter un message de tolérance zéro face aux conduites répréhensibles. De plus, la commissaire encourage la Direction des ressources humaines à poursuivre la formation du personnel relativement au développement des aptitudes relationnelles.

CONSTATS DU MÉDECIN EXAMINATEUR

- Augmentation significative du volume des plaintes médicales, soit 27,2 %, par rapport au volume enregistré à la période 2013-2014. Cette augmentation concerne surtout les relations interpersonnelles pour lesquelles on constate deux fois plus de plaintes. On note par ailleurs une stabilité des plaintes concernant la qualité des services. Enfin, plus de plaintes ont nécessité une référence vers le comité de discipline du CMDP en raison de la nature des litiges soulevés.
- Amélioration significative des plaintes reliées à l'accessibilité et la continuité des services offerts. On constate en effet une diminution de 15,58 % à 6,12 %.
- Au cours de 2015-2016, l'établissement de canaux de communication efficients devrait être favorisé afin de travailler de meilleure façon à l'amélioration de la qualité des services.

ACCÈS AU RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

Le rapport annuel est disponible sur demande auprès de la commissaire (coordonnées téléphoniques : 819 370-2200 poste 43133).

8.10.2 COMITÉ DE RÉVISION

Le comité est composé des membres suivants, au 31 mars 2015 :

- M. Louis Allard
- Dr Luc Marchand
- Dr Frédéric Morin
- Dr France Lambert (substitut)

9. ANNEXES

MERCI DE CONTRIBUER À SEMER L'ESPOIR

L'équipe de la Fondation souhaite offrir des outils à la hauteur du talent et des ambitions des intervenants qui œuvrent quotidiennement auprès de la population régionale.

9.1 FONDATION RÉGIONALE POUR LA SANTÉ DE TROIS-RIVIÈRES (RSTR)

9.1.1 UNE HISTOIRE DE GÉNÉROSITÉ

Pour les organismes de charité tels que le nôtre, les donateurs sont comme des phares qui nous montrent le chemin dans les moments de tourmente. Les donateurs nous confirment en contribuant à notre organisation que notre mission est essentielle et que nous ne sommes pas seuls à souhaiter le mieux-être des usagers. Leur support est d'autant plus important lorsque la situation économique régionale est difficile et que l'établissement vit de grandes transformations. En contribuant à la Fondation RSTR, ces donateurs éclairent la voie et donnent l'exemple que lorsque la situation devient difficile, les battants se portent au secours des plus vulnérables de la société.

Nous sommes fiers d'avoir remis, cette année, une somme de 1 134 919 $ à l'établissement!

9.1.2 UN CONSEIL D'ADMINISTRATION BÉNÉVOLE, DYNAMIQUE ET IMPLIQUÉ!

Mme Natalie Villemure
Directrice générale

Mme Annie Guertin
Secrétaire administrative

M. Claude Lebœuf
Coordonnateur aux finances

Mme Nancy Legrow
Secrétaire de direction

Mme Chanie Perreaut
Agente de développement

Mme Marie-Andrée Rousseau
Agente de développement

COMITÉ EXÉCUTIF

Mme Lisette Tremblay
Présidente

M. Gaétan Boivin
1er vice-président

M. Marc Dontigny
2e vice-président

M. Éric Hamelin
Trésorier

M. Pierre Soucy
Secrétaire

M. Alain St-Arnaud
Administrateur

M. Michel Blanchette
Administrateur

M. Christian Carrier
Administrateur

Mme Diane Deschênes
Administratrice

M. Georges Ferland
Administrateur

Dr Carl-Éric Gagné
Administrateur

Mme Carmen Girardeau
Administratrice

Mme Lucie Letendre
Administratrice

M. Patrick Charlebois
Administrateur

Me Véronique Néron
Administratrice

Mme Annie Pellerin
Administratrice

Mme Annie Villemure
Administratrice

Mme Natalie Villemure
Directrice générale

GOUVERNEURS

- Mme Hélène Boisvert
- M. Mario Dufour, Groupe Investors
- M. René Gervais, Stantec
- Dr Guy Lafontaine, CSSS de Trois-Rivières
- Dr Sylvain Lapierre, CSSS de Trois-Rivières
- M. Pierre Pagé
- Mme Julie Rousseau, Centre funéraire Rousseau
- M. Joël St-Pierre, Maurécon
- Mme Céline Tessier, CNRIS
- Dr André G. Trahan, CSSS de Trois-Rivières

MEMBRES HONORAIRES

Pour l'année 2013-2014

- M. Serge Buchanan
- Dr Gaétan Duchesnay
- Mme Lisette Tremblay

9.1.3 CAMPAGNE MAJEURE DE FINANCEMENT 2011-2016

C'est bon pour la santé!

C'est bon pour la santé!
Fondation régionale pour la santé de Trois-Rivières

UN GESTE POUR LA VIE!

Donateurs : 1 000 000 $ et plus
CMDP du CSSS de Trois-Rivières
Ville de Trois-Rivières
Donateurs : 500 000 $ à 999 999 $
Caisses Desjardins de la Mauricie
Donateurs : 250 000 à 499 999 $
Banque Nationale
Donateurs : 100 000 $ à 249 999 $
Aspasie
Cogeco
Fonds Gilles-Rousseau
Fonds Jean-Pierre-Petit
Gaëtan Morin Éditeur
Hydro-Québec
Opération Enfant Soleil
Marmen
Donateurs : 50 000 $ à 99 999 $
Administration portuaire de Trois-Rivières
Groupe Somavrac
Samson Bélair/Deloitte et Touche s.e.n.c.r.l.
Fonds des amis de Mathilde
Fonds Francine-Lachance
Employés du CHAUR
Place Belvédère
RBC Banque Royale
Sanofi-Aventis

Donateurs : 10 000 $ à 49 999 $
Abbvie
Auberge du Lac-à-l'eau-Claire
Borehringer Ingelheim (Canada) Ltée
Canimex
Corporation des concessionnaires d'automobiles de la Mauricie
Cyclo-Défi Enbridge
Dessau
Financière Sun Life
Fondation du cancer du sein du Québec
Fondation Maurice-Tanguay
Fondation St-Hubert/Rôtisseries St-Hubert
Fonds Brandon-Turcotte
Les Restaurants McDonald's M.S.J.N. inc.
Matelas René
Merck Canada Inc.
Olin
Pharmaprix Massicotte et Trudel
Pluritec ingénieurs-conseils
Rona L'Entrepôt Trois-Rivières et la famille Claude Gauthier
Services financiers SFL
Uniprix
Donateurs : individus - 5 000 $ et plus
M. Mario Dufour
Mme Carmen Girardeau
M. Léopold Gagnon
M. Jean-René Groleau
Dr Michel Leblanc
Mme Thérèse Massicotte
M. Yvon Fournier
Donateurs : partenaires médias
Astral
Bell Média
TVA

9.1.4 ACTIVITÉS DE LA FONDATION

TOURNOI DE GOLF ANNUEL

Le 18e tournoi de golf de la Fondation s'est avéré un franc succès. Cette activité a en effet permis de réaliser un bénéfice net de 86 384 $. Nous tenons à remercier chaleureusement les partenaires officiels : Canimex et Groupe Soucy. Soulignons également l'importante implication de nos partenaires majeurs, soit : Bernier Crépeau; partenaire mobilité des golfeurs, Place Belvédère; partenaire cocktail ainsi que l'apport essentiel de Marmen, toujours présente lors des activités et partenaire du bilan de santé.

COCKTAIL DÎNATOIRE

La Fondation a tenu son cocktail-bénéfice annuel Romance à Moscou au resto-bar l'Oriflamme. Le succès de cet événement n'aurait pas été possible sans la contribution de généreux partenaires : Place Belvédère, partenaire cocktail, Raymond Chabot Grant Thornton, partenaire privilège, le 94,7 Rouge fm, partenaire média, le resto-bar l'Oriflamme, partenaire gastronomique, ainsi que Copie Express, partenaire en biens et services.

CARTES DE NOËL DE LA FONDATION - UN SOUHAIT AU NOM DE LA SANTÉ!

Issues d'un partenariat avec le Centre de formation professionnelle Bel-Avenir, les cartes de Noël de la Fondation ont généré une somme de plus de 4000 $. Sincères remerciements à M. Martin Boilard, étudiant en photographie. Soulignons la précieuse collaboration de M. Michel Gagnon, enseignant en photographie, M. Mathieu Houle, responsable de dossiers, enseignant au Département de procédés infographiques ainsi qu'à M. Malik Hammadouche, directeur adjoint au CFP Bel-Avenir.

9.1.5 FONDS DÉDIÉS

Un fonds dédié, c'est un groupe de bénévoles qui, avec le support de la permanence, organise des activités de collecte de fonds pour des secteurs spécifiques de l'établissement. Bien qu'ils ne soient pas des entités juridiques légales, ces groupes sont bien vivants au sein de notre organisation et sont légitimés par ce lien avec la Fondation RSTR. Pour plus d'informations sur la mission de ces fonds, consultez notre site web au www/fondationrstr.com/fonds dédiés

- Le Fonds des amis de Mathilde – Néonatalité
- Le Fonds Francine-Lachance – Oncologie/radio-oncologie
- Le Fonds Gilles-Rousseau – Cancer de la prostate
- Le Fonds Jean-Pierre-Petit – Neurologie/neurochirurgie
- Le Fonds Brandon Turcotte – Pédiatrie

FONDS GILLES-ROUSSEAU : UNE MOUSTACHE POUR MON CH

Le Fonds Gilles-Rousseau de la Fondation était fier d'annoncer que 28 000 $ ont été amassés par les dévoués participants et supporteurs d'Une moustache pour mon CH. Cette activité est la façon la plus concrète d'amasser des dons durant le mois de novembre pour aider directement la santé des hommes de la Mauricie et du Centre-du-Québec en luttant contre le cancer de la prostate dans la région.

Nous tenons à remercier sincèrement le Resto-bar Café Cognac qui nous a accueillis pour une deuxième année lors des 4 à 8 de la moustache. Les propriétaires ont gracieusement offert une bière par jeudi ciblé à tous les participants qui portaient fièrement le t-shirt ou la bague à l'effigie d'Une moustache pour mon CH.

JOURNÉE DE PLEIN AIR JEAN-PIERRE-PETIT - AGIR ENSEMBLE POUR FAIRE AVANCER LA CAUSE!

Près de 150 personnes ont contribué à faire de la 10e Journée de plein air Jean-Pierre-Petit une belle réussite. Cette activité hivernale a permis d'amasser un montant de 15 000 $. Avec la contribution spéciale de 20 000 $ de l'équipe Kilimandjaro Marmen, un montant total de 35 000 $ a été annoncé, qui servira à acquérir de l'équipement pour le service de neurologie et le service de neurochirurgie.

FONDS FRANCINE-LACHANCE : SOUPER-MODE LE CARLITO

La 8e édition du Souper mode Le Carlito, au profit du Fonds Francine-Lachance, a permis d'amasser un montant de 5 500 $. Les modèles amateurs issus, entre autres, du monde des affaires et du CSSS de Trois Rivières, vêtus des tendances automne-hiver, ont su créer l'ambiance parfaite pour cet événement haut en couleur.

FONDS DES AMIS DE MATHILDE : PARTY DES ANNÉES 80

Initiative de Mme Josianne Dubois et de M. Pierre Allen, fondateurs du Fonds des amis de Mathilde, cette soirée sous le rythme enflammé de la musique des années 80 a permis d'amasser une somme de 9 474 $, destinée à acquérir de l'équipement permettant notamment l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie lors des naissances et de l'hospitalisation des enfants.

9.1.6 OUVREZ-NOUS VOTRE PORTE

CYCLO-DÉFI ENBRIDGE

L'équipe Fondation RSTR regroupant majoritairement des employés du CSSS de Trois-Rivières ont relevé le Cyclo-défi Enbridge contre le cancer. Une partie des fonds recueillis lors de cet événement a été remise à la Fondation et servira à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients atteints de cancer.

LE KILIMANDJARO POUR LA RHUMATO!

La Fondation tient à remercier et à féliciter de tout cœur Mme Julie Paquin et Mme Annie Perron qui ont remis une somme de 4 011,18 $ pour la clinique de rhumatologie. Ces deux jeunes femmes, l'une souffrant de fibromyalgie et l'autre en attente d'une consultation avec un rhumatologue, ont réalisé un très grand défi en écoutant les conseils de leur médecin, soit de passer à l'action. C'est donc en réunissant courage et détermination qu'elles ont gravi le Kilimandjaro en novembre 2014. Preuve que l'activité physique est possible et surtout bénéfique pour les personnes souffrant de fibromyalgie.

4 À 8 DU CAFÉ COGNAC

C'est au Bar-Resto Café Cognac que s'est tenue l'activité Serveurs d'un soir au profit de la Fondation, le mercredi 27 août 2014. Grâce à l'énergie de nos apprentis serveurs, cette soirée a été une réussite et a permis d'amasser une somme de 1800 $!

AU CŒUR DU DÉSERT POUR LA CAUSE DE LA SANTÉ!

Un grand merci à Isabelle et Josée « Diamond Rose » du Trophée Roses des Sables 2014 qui ont remis une généreuse somme de 5 000 $ à la Fondation RSTR. Le don servira à améliorer la qualité des soins et le mieux-être des patients qui reçoivent des traitements en cancérologie ainsi qu'en neurologie et en neurochirurgie.

GRAND MCDON

Ce sont 14 310 $ qui ont été amassés par les nombreux bénévoles lors du Grand McDon. Un grand merci aux gens d'affaires de la région et au personnel du CSSS de Trois-Rivières qui se sont avérés être des employés modèles des restaurants McDonald pour la cause!

ARBRE DE VIE

La Fondation tient à remercier chaleureusement les Pharmaprix Massicotte & Trudel qui ont remis une généreuse somme de 4 247 $ amassée lors de leur 6e Campagne Arbre de vie dédiée à la santé des femmes. Ce montant d'argent sera versé à la clinique du sein du CSSS de Trois-Rivières et servira à optimiser les services offerts à leur clientèle souffrant du cancer.

LA CORPORATION DES CONCESSIONNAIRES D'AUTOMOBILES DE LA MAURICIE (CCAM), UN PRÉCIEUX DONATEUR!

Un don de 67 000 $ de la CCAM permettra l'ajout d'éléments favorisant l'intimité et la luminosité au Centre d'hémato-oncologie du CSSS de Trois-Rivières. Cet investissement viendra rehausser les réaménagements du Centre d'hémato-oncologie déjà prévus dans le cadre de la modernisation de la pharmacie où sont réalisées les préparations pour les traitements de chimiothérapie.

MÉGA MARATHON DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Bravo aux étudiants en médecine du Campus de l'Université de Montréal en Mauricie qui ont, une fois de plus, relevé le défi de parcourir les 150 km séparant la Faculté de médecine de l'UdeM et le Campus de l'UdeM en Mauricie. Cette activité a permis d'amasser un montant de 5 226,46 $ après les dépenses pour la Fondation!

L'apport des bénévoles a également été apprécié lors de la 6e édition des fêtes estivales organisées pour les résidents des cinq centres d'hébergement en août 2014 en partenariat avec la Fondation RSTR ainsi que la ville de Trois-Rivières.

Des activités « causerie » pour les bénévoles ont été organisées lors de la rentrée en septembre 2014 dans chacune des résidences avec, notamment, la présentation des valeurs organisationnelles ainsi que le nouveau code d'éthique de l'établissement.

9.1.7 QUAND LA GÉNÉROSITÉ PART DE L'INTÉRIEUR...

N'est-ce pas merveilleux et énergisant de se sentir appuyés par les membres de l'organisation que l'on supporte? C'est pourquoi nous profitons de cette occasion pour souligner le soutien inconditionnel de certains intervenants de l'établissement qui, par leur implication, nous poussent à aller encore plus loin dans nos efforts!

- La direction générale et ses diverses équipes;
- Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Les employés bâtisseurs de la campagne interne;
- Le comité d'attribution des petits équipements;
- Les vendeuses de Loto-Fondation;
- M. René Therrien et son équipe dans le cadre du tournoi de golf;
- Un merci spécial l'équipe à la Direction des communications et des relations publiques, tout particulièrement à Mme Audrey-Ann Milot, personne attitrée à nos divers dossiers.

9.2 L'ACTION BÉNÉVOLE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT : UNE RESSOURCE INESTIMABLE

La contribution des bénévoles est une ressource inestimable au sein de l'établissement. Des efforts de recrutement ont été investis afin de garnir le bassin de bénévoles, si bien qu'au cours des deux dernières années, plus de 100 personnes supplémentaires ont démontré un intérêt pour l'action bénévole au sein de l'établissement. Parmi les activités organisées annuellement, le kiosque tenu lors de la vaccination massive à la Bâtisse Industrielle s'avère un moyen précieux.

LES AUXILIAIRES BÉNÉVOLES DU CHAUR

Cette année, l'association compte 120 bénévoles ayant réalisé un total de plus de 12 010 heures de bénévolat. Les bénévoles œuvrent dans différents services, tels les soins palliatifs, la radio-oncologie, l'hémato-oncologie, la cardiologie, le service du café, l'accueil des usagers, la boutique du cadeau ainsi que la médecine de jour.

L'association a également fait un don de 15 000 $ à l'établissement pour le réaménagement de la salle de repos de l'unité de santé mentale. De plus, une activité hommage est organisée annuellement et les bénévoles reçoivent de la formation sur l'importance du lavage des mains.

LES AUXILIAIRES BÉNÉVOLES EN HÉBERGEMENT

Au cours de l'année, 275 bénévoles ont réalisé 30 858 heures de bénévolat dans les cinq centres d'hébergement. Les bénévoles à l'hébergement accompagnent les personnes en perte d'autonomie lors d'activités de loisirs et de soins spirituels, notamment les bingos, les barbecues, les prestations musicales et les sorties à l'extérieur.

Deux des cinq centres (Cloutier-du Rivage et Roland-Leclerc) exploitent un dépanneur géré par les bénévoles, ce qui permet aux résidents de socialiser et aux bénévoles d'amasser des sommes permettant de financer plusieurs activités pour les résidents. Le journal L'Entre-Nous, publié par les bénévoles et auquel collaborent des intervenants, est distribué aux résidents et bénévoles dans tous les centres d'hébergement.

L'apport des bénévoles a également été apprécié lors de la 6e édition des fêtes estivales organisées pour les résidents des cinq centres d'hébergement en août 2014 en partenariat avec la Fondation RSTR ainsi que la ville de Trois-Rivières.

Des activités « causerie » pour les bénévoles ont été organisées lors de la rentrée en septembre 2014 dans chacune des résidences avec, notamment, la présentation des valeurs organisationnelles ainsi que le nouveau code d'éthique de l'établissement.

LES BÉNÉVOLES EN PRÉVENTION DES CHUTES

Au cours de l'année 2014-2015, 19 de bénévoles actifs au Programme de prévention des chutes, nommés agents multiplicateurs ont donné des ateliers de sensibilisation aux personnes de 50 ans et plus avec 1350 heures de bénévolat. Leur engagement auprès des usagers est important et leur implication contribue à améliorer les soins et les services. En effet, 72 ateliers de sensibilisation sur la prévention de chutes ont été faits, 946 participants ont été rejoints.

9.3 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

En application de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, l'établissement s'est doté d'un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs (ci-après « Le Code »), qui répond aux exigences du Code civil du Québec ainsi que de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le Code et son Règlement d'application ont été élaborés par les membres du comité de gouvernance et d'éthique et adoptés par le conseil d'administration du CSSS de Trois-Rivières le 15 octobre 2013 (Résolution CA-2013-036-094).

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

L'administrateur doit :

- exercer ses fonctions dans le respect de ses valeurs personnelles, de ses convictions et dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin, prudence, intégrité et compétence comme le fait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie;
- témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux;
- être sensible aux besoins de la population et privilégier la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- exercer ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'établissement;
- participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
- contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur;
- être régulièrement présent aux séances du conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration;
- se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible;
- préserver la confidentialité des délibérations du conseil d'administration, des travaux des comités, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'établissement;
- démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein ou à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts;
- s'abstenir de recevoir tout traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement;
- s'abstenir de solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens;
- s'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel;
- dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut;
- prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions;
- s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires;
- déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement;

- dénoncer par écrit au conseil d'administration son intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre et s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue;

- déclarer sur-le-champ au conseil d'administration une situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration;

- après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du conseil d'administration;

- après avoir a cessé d'exercer sa charge, se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur;

- à la fin de son mandat, éviter d'agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

Tout administrateur, lorsqu'il a un motif sérieux de croire qu'un autre administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration ou, si ce dernier est concerné au vice-président du conseil.

Toute personne, autre qu'un administrateur, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts peut signaler cette situation, dans les meilleurs délais possibles, au président du conseil d'administration ou, si ce dernier est concerné, au vice-président du conseil.

Si le président et le vice-président sont concernés, le signalant doit transmettre le formulaire à un des membres du comité de gouvernance et d'éthique.

Aucun signalement n'a été reçu en lien avec l'application du Code d'éthique de l'établissement pour l'année 2014-2015. On ne rapporte aucun manquement constaté en cours d'année par les instances disciplinaires.

La version complète du Code est disponible sur le site internet de l'établissement (www.cssstr.qc.ca).

NOS INSTALLATIONS

CENTRE ST-JOSEPH
731, rue Ste-Julie
Trois-Rivières QC G9A 1Y1
Téléphone : 819 370-2100

CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE RÉGIONAL
1991, boul. du Carmel
Trois-Rivières QC G8Z 3R9
Téléphone : 819 697-3333

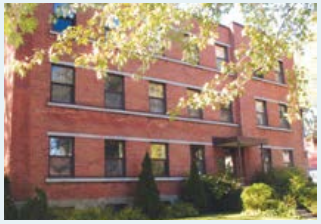
CENTRE CLOUTIER-DU RIVAGE
155, rue Toupin
Trois-Rivières QC G8T 3Z8
Téléphone : 819 370-2100

CENTRE D'HÉBERGEMENT COOKE
3450, rue Ste-Marguerite
Trois-Rivières QC G8Z 1X3
Téléphone : 819 370-2100

CENTRE D'HÉBERGEMENT LOUIS-DENONCOURT
435, rue St-Roch
Trois-Rivières QC G9A 2L9
Téléphone : 819 376-2566

CENTRE D'HÉBERGEMENT ROLAND-LECLERC
3500, rue Ste-Marguerite
Trois-Rivières QC G8Z 1X3
Téléphone : 819 370-2100

CENTRE LAVIOLETTE
1274, rue Laviolette
Trois-Rivières QC G9A 1W4
Téléphone : 819 379-5650



CENTRE STE-GENEVIÈVE
620, rue Ste-Geneviève
Trois-Rivières QC G9A 3W7
Téléphone : 819 370-2200 poste 46101

CENTRE ARC-EN-CIEL
1573, boul. des Forges
Trois-Rivières QC G8Z 1T7
Téléphone : 819 374-6291

CENTRE DE PRÊT D'ÉQUIPEMENT
855, rue Champflour
Trois-Rivières QC G9A 1Z6
Téléphone : 819 370-2100

RAPPORT ANNUEL DISPONIBLE AU WWW.CSSSTR.QC.CA ET AU CIUSSSMCQ.CA

MERCI!
Les membres du conseil d'administration et la Direction du CSSS de Trois-Rivières tiennent à remercier tous les intervenants de l'établissement, employés, gestionnaires, médecins et bénévoles, pour leur engagement et la qualité du travail accompli au cours de l'année 2014-2015.

RÉDACTION ET SUPERVISION
Serge Boulard, directeur des communications et des relations publiques
Fanny Houle, chef de service communications

RECHERCHE, RÉDACTION ET COORDINATION DE LA PRODUCTION
Éric Langevin, conseiller en communications

DONNÉES STATISTIQUES ET FINANCIÈRES
Stéphanie Massé, conseillère aux finances
Lucie Camirand, conseillère cadre en procédés administratifs
Nadine Côté, coordonnatrice du bureau de projet et gestion de la performance
Lola Maltais, directrice des ressources financières
René Trépanier, adjoint à la Direction des ressources financières

COLLABORATION
Nathalie Boucher, agente administrative, Véronique Chouinard, chef de service recrutement, embauche et planification de la main-d'œuvre , Guylaine De Montigny, chef de l'administration des programmes enseignement, recherche et unité de médecine familiale, Line Genest, technicienne en administration, Guylaine Lamy, technicienne en administration, Annie Lavigne, agente de planification, programme et recherche, Nancy Legrow, agente administrative, Ginette Léveillé, technicienne en administration, Sylvie Limoges, adjointe à la direction du programme santé physique, médecine, Julie Massicotte, conseillère en communications, Caroline Noël, technicienne en administration, Christine Pépin, technicienne en administration, Chantal Périgord, technicienne en administration, Dr Olivier Roy, directeur adjoint des services professionnels et des affaires médicales, Isabelle Shaffer, technicienne en administration.

Équipe de direction de l'établissement, équipe de gestion, agentes administratives et techniciennes en administration

MISE EN PAGE
Pop grenade

DÉPÔT LÉGAL 2015
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

www.cssstr.qc.ca

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

Québec

Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
Centre hospitalier affilié universitaire régional

AFFILIÉ À Université de Montréal