

Document d'appui

à l'audition devant la
Commission parlementaire
des affaires sociales de
l'Assemblée nationale du Québec

Reddition de comptes 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2007

23 janvier 2008



services sociaux

santé

Conception

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

Coordination

Jean-Denis Allaire
Serge Beauchamp

Validation et adaptation des textes

Jean-Denis Allaire
Serge Beauchamp
Parmélie Demers
Jacques Lefebvre
Christine Ross
Marie-Josée Vincent

Contribution

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

Corrections et secrétariat

Élaine Savard
Linda Dauphinais

Graphisme

MédiaVox

Dépôt légal - 2008
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-89340-147-8

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

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

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
www.agencessso4.qc.ca

(version corrigée - février 2008)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	5
LA RÉGION SOCIO SANITAIRE	9
Le territoire et la population de la région	9
Les caractéristiques socio-économiques	13
Les habitudes de vie et facteurs de risque	13
Les problèmes de santé	13
L'espérance de vie et mortalité	13
LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ...	15
L'AGENCE	17
La mission	17
Le plan d'organisation	18
L'organigramme au 31 mars 2007	18
Le conseil d'administration	19
Les instances.....	19
Les ressources humaines.....	20
Les ressources financières.....	21
Les ressources informationnelles	21
LE PROJET RÉGIONAL ET LES PRINCIPAUX ENJEUX DE LA RÉGION	23
PARTICIPATION DE LA POPULATION ET DROITS DES USAGERS	31
Comités des usagers.....	31
Élections et désignations aux conseils d'administration des établissements	31
Forum de la population.....	31
Examen des plaintes.....	32
LA QUALITÉ DES SERVICES	35
La Table régionale « qualité »	32
La prestation sécuritaire des services et la gestion des risques. .	35
La contention et l'isolement	36
Les visites d'appréciation de la qualité.....	36
LES AFFAIRES MÉDICALES	37
Effectifs médicaux en omnipratique	37
Effectifs médicaux en spécialités	39
La formation médicale.....	40
Les groupes de médecine de famille (GMF).....	41

LES MESURES D'URGENCE	43	JEUNES EN DIFFICULTÉ	61
Le risque nucléaire	43	Les mesures et programmes mis en place	61
Les plans de lutte à une pandémie d'influenza	43	Les services en première ligne	62
États d'alertes pour faire face à un sinistre majeur	43	Les services de deuxième ligne	62
SANTÉ PUBLIQUE	45	DÉPENDANCES	63
Le développement social et des communautés	45	La toxicomanie	63
Le développement des jeunes et des enfants	46	Le jeu pathologique	64
La réduction de la mortalité évitable et des incapacités	46	SANTÉ MENTALE	65
L'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques	46	Les services aux enfants et aux jeunes (moins de 18 ans)	65
La prévention et la vigie sanitaire		Les services aux adultes (18 ans et plus)	65
face aux menaces de santé publique	46	Les actions entreprises	66
Les infections nosocomiales	46	SANTÉ PHYSIQUE	69
La vaccination contre l'influenza	47	Les services préhospitaliers d'urgence	69
Les infections transmissibles sexuellement et par le sang	48	Les services d'urgence	70
Les intoxications accidentelles	48	La traumatologie	72
La qualité de l'eau	48	L'accessibilité en chirurgie	72
Les avis du directeur de santé publique	48	La lutte contre le cancer	73
La santé au travail	48	Le Programme québécois de dépistage	
LES SERVICES GÉNÉRAUX	49	du cancer du sein (PQDCS)	73
Info-Santé	49	Programme de néphrologie	75
Info-Social	50	Soins palliatifs	76
Les services psychosociaux	50	Les maladies chroniques	76
La violence conjugale	50	LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	79
Les agressions sexuelles	51	ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES	83
LE SOUTIEN À DOMICILE	52	Les ressources humaines régionales	83
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT	53	Les ressources financières	88
Le plan d'action régional sur le vieillissement 2005-2010	53	Les ressources matérielles	91
L'harmonisation de l'évaluation des personnes	53	Les projets immobiliers	91
Un milieu de vie naturel	54	Les équipements généraux,	
Un milieu de vie de qualité		spécialisés et de haute technologie	93
pour les personnes hébergées en CHSLD	54	Les ressources informationnelles	93
Les recours à l'hébergement	54		
Ressources résidentielles privées	54		
Les projets novateurs	55		
DÉFICIENCE PHYSIQUE	57		
Le volet soutien à domicile	57		
Le volet adaptation et réadaptation	57		
Le volet intégration sociale	58		
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU TROUBLE			
ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT (TED)	59		
Le volet soutien à domicile	59		
Le volet adaptation et réadaptation	59		
Le volet soutien à l'intégration sociale	60		

Liste des acronymes

C-MDSA	Combitude-moniteur défibrillateur semi-automatique
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CCS	Centre communication santé
CCNU	Comité de coordination nationale des urgences
CH	Centre hospitalier
CHRT	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CJMCQ	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRLC	Comité régional de lutte contre le cancer
CSDI	Centre de services en déficience intellectuelle
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
DI-TED	Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
DSS	District sociosanitaire
FMOP	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSP	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
HLM	Hébergement à loyer modique
ICI	Intervention comportementale intensive
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OÉMC	Outil d'évaluation multi-clientèle
PALSP	Plan d'action local de santé publique
PLCC	Programme régional de lutte contre le cancer
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSI	Plan de services intégrés
RA	Résidence d'accueil
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RI	Ressources intermédiaires
RLS	Réseau local de services
RTF	Ressources de type familial
SAD	Soutien à domicile
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SISAT	Système d'information en santé au travail
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRMO	Service régional de la main-d'œuvre
TMT	Table médicale territoriale
UMF	Unité de médecine familiale
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

INTRODUCTION

La dernière reddition de comptes de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec devant la Commission parlementaire des affaires sociales de l'Assemblée nationale remonte au 14 septembre 2004.

Le présent document d'appui à l'audition de l'Agence couvre donc la période des trois années comprises entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2007. Cependant, nos tableaux incluront généralement des données 2003-2004, ces dernières servant de base de référence pour l'évaluation des variations des années subséquentes.

Par contre, l'ensemble de ces tableaux ne cherche pas à présenter de façon exhaustive et détaillée l'évolution de notre réalité régionale. Ils illustrent simplement certains éléments significatifs soulignés dans le texte.

Essentiellement, les informations sont regroupées en fonction de l'architecture des services du réseau, soit les différents programmes-services destinés à la population en général ou à des problématiques particulières et les programmes-soutien nécessaires à la prestation des services et au fonctionnement des établissements. D'autres chapitres feront référence aux grandes responsabilités légales de l'Agence.

Tenant pour acquis que les rapports annuels de l'Agence des trois dernières années couvertes par l'audition ont fait l'objet d'un dépôt préalable auprès des membres de la Commission, le présent document se veut davantage une vue d'ensemble synthétique qu'une analyse détaillée de ces trois rapports.

Nous souhaitons que la lecture de ce document saura favoriser et faciliter les échanges lors de l'audition du 23 janvier 2008.

Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

LA RÉGION SOCIOSANITAIRE

LE TERRITOIRE ET LA POPULATION DE LA RÉGION

- Vaste territoire de près de 45 000 km².
- Cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec.
- Population estimée pour l'année 2007 : 484 523 personnes :
 - sur ce nombre, 18 % ont moins de 18 ans, 65 % ont entre 18 et 64 ans et 17 %, 65 ans et plus. Ce dernier pourcentage est supérieur à celui du Québec (14 %) ;
 - une population de personnes âgées appelée à quasiment doubler d'ici 2026 pour passer de 81 232 à 141 098. Les personnes âgées représenteront alors 30 % de la population régionale (25 % pour le Québec) ;
 - une population concentrée principalement dans la partie sud et la partie centrale, le nord étant très peu peuplé.
- 2 régions administratives forment la région sociosanitaire :
 - le Centre-du-Québec ;
 - la Mauricie.
- 8 MRC et 3 villes ayant les responsabilités d'une MRC :

Au Centre-du-Québec :

- MRC Nicolet-Yamaska
- MRC Bécancour
- MRC Drummond
- MRC Arthabaska
- MRC l'Érable

En Mauricie :

- La Tuque
- MRC Mékinac
- Shawinigan
- MRC Maskinongé
- Trois-Rivières
- MRC les Chenaux

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

Territoires de RLS	Établissements
du Haut-Saint-Maurice	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
du Centre-de-la-Mauricie	Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie CHSLD Vigi les Chutes (installation privée conventionnée)
de la Vallée-de-la-Batiscan	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
de Trois-Rivières	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
de Maskinongé	Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
de Bécancour–Nicolet-Yamaska	Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska
d'Arthabaska et de l'Érable	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. (installation privée conventionnée)
de Drummond	Centre de santé et de services sociaux Drummond
Établissements à mission régionale	
Réadaptation Dépendances Déficience physique Déficience intellectuelle Jeunesse/famille	Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec Centre de réadaptation InterVal Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Centre hospitalier	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Légende

Urgence



Majeure



Mineure

Établissements à mission régionale



Centre hospitalier régional de Trois-Rivières



Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec



Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Centre de réadaptation InterVal

Agence de la santé et des services sociaux



GMF



- 1 : GMF Saint-Léonard
- 2 : GMF Bois-Francs 1
- 3 : GMF Bois-Francs 2
- 4 : GMF Bois-Francs 3
- 5 : GMF Centre médical AJC
- 6 : GMF Centre de santé
- 7 : GMF Centre médical St-François
- 8 : GMF Clinique médicale de St-Nicéphore
- 9 : GMF Clinique médicale de Nicolet
- 10 : GMF Clinique médicale de Shawinigan-Sud
- 11 : GMF du Haut-Saint-Maurice
- 12 : GMF Les Grès
- 13 : GMF de la MRC de Bécancour
- 14 : GMF Centre médical Drummond
- 15 : GMF Clinique médicale St-Laurent
- 16 : GMF Grand-Mère
- 17 : GMF de Trois-Rivières

Centre de Santé et de Services Sociaux



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

Source données de population : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques selon le district de CLSC, 2001-2026, édition 2003.

Juillet 2005

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

Population	2001		2007		2026		Variation	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	2001-2007	2007-2026
0 - 17 ans	99 546	20,6	89 625	18,5	73 769	15,5	-10,0 %	-17,7 %
18 - 39 ans	137 484	28,5	126 859	26,2	106 246	22,3	-7,7 %	-16,2 %
40 - 64 ans	172 960	35,8	186 807	38,6	155 760	32,7	8,0 %	-16,6 %
65 - 74 ans	40 479	8,4	42 868	8,8	77 062	16,2	5,9 %	79,8 %
75 ans et plus	32 323	6,7	38 364	7,9	64 036	13,4	18,7 %	66,9 %
Total	482 792	—	484 523	—	476 873	—	0,4 %	-1,6 %

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

RLS	DSS	2001	2007	2026	Variation	
					2001-2007	2007-2026
Haut-Saint-Maurice	Haut-Saint-Maurice	16 134	15 323	13 578	- 5,0 %	- 11,4 %
Vallée-de-la-Batiscan	Mékinac	13 020	12 666	11 769	- 2,7 %	- 7,1 %
	Des Chenaux	12 337	12 596	12 685	2,1 %	0,7 %
	Total RLS	25 357	25 262	24 454	- 0,4 %	- 3,2 %
Centre-de-la-Mauricie	Centre-de-la-Mauricie	65 935	63 136	55 462	- 4,2 %	- 12,2 %
Maskinongé	Maskinongé	23 768	24 081	23 773	1,3 %	- 1,3 %
Trois-Rivières	Cap-de-la-Madeleine	46 895	46 731	44 285	- 0,3 %	- 5,2 %
	Trois-Rivières	81 935	82 960	81 710	1,3 %	- 1,5 %
	Total RLS	128 830	129 691	125 995	0,7 %	- 2,8 %
Bécancour-Nicolet-Yamaska	Nicolet-Yamaska	23 945	23 118	22 184	- 3,5 %	- 4,0 %
	Bécancour	19 459	19 392	18 584	- 0,3 %	- 4,2 %
	Total RLS	43 404	42 510	40 768	- 2,1 %	- 4,1 %
Drummond	Drummond	89 556	94 113	101 921	5,1 %	8,3 %
Arthabaska-et-de-l'Érable	Arthabaska	65 369	66 475	67 584	1,7 %	1,7 %
	De l'Érable	24 439	23 932	23 338	- 2,1 %	- 2,5 %
	Total RLS	89 808	90 407	90 922	0,7 %	0,6 %

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), Projections de population selon le territoire de réseau local de services (RLS), le sexe et l'année d'âge, au 1^{er} juillet, 2001 à 2026, janvier 2005

Les caractéristiques socio-économiques

- Une amélioration marquée du niveau de scolarité de 1991 à 2001, la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires a chuté de 43 % à 35 % au cours de cette période et la proportion de la population détenant un diplôme universitaire a augmenté. Cependant, la région reste davantage sous-scolarisée qu'au Québec.
- Une proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu inférieure à celle du Québec (17 % contre 20 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent sous ce seuil (20 % contre 15 %).

Les habitudes de vie et facteurs de risque

- Une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (15 % des 18 ans et plus en 2005 contre 7 % en 1987). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'obésité (17 % contre 12 %) et d'embonpoint (36 % contre 24 %).
- Au chapitre de l'activité physique de loisir, on compte 37 % d'actifs selon le niveau recommandé, 26 % de sédentaires chez les adultes de 18 ans et plus et 42 % chez les 12-17 ans sont très actifs.
- Près de 24 % des personnes de 12 ans et plus de la région sont des fumeurs actuels, ce qui se compare à la moyenne québécoise.
- La région comptait en 2001-2002, 21 716 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 6 % de la population de cet âge. Ce pourcentage apparaît légèrement plus faible que celui du Québec.
- Près de 15 % de la population de 12 ans et plus présente une hypertension diagnostiquée en 2005, ce qui se compare au Québec.

Les problèmes de santé

- Une population de 12 ans et plus qui, en 2005, se considère à 56 % en excellente ou en très bonne santé.
- Une proportion de 76 % des personnes de 12 ans et plus déclare avoir une excellente ou une très bonne santé mentale, cette valeur est comparable au Québec.
- Avec 21 % des hospitalisations, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause d'hospitalisation. Elles sont suivies des maladies de l'appareil digestif et des maladies

de l'appareil respiratoire (12 % chacun), des tumeurs et des traumatismes et des empoisonnements (10 % chacun).

- Une répartition des principales causes d'hospitalisation qui diffère peu selon le sexe, sauf pour les maladies cardiovasculaires qui sont à l'origine de 24 % des hospitalisations des hommes contre 17 % chez les femmes.
- Les allergies non alimentaires sont le premier problème de santé rapporté (19 % des 12 ans et plus). Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (18 %), les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (15 %), l'hypertension (15 %) et les migraines (12 %).

L'espérance de vie et mortalité

- Une augmentation de l'espérance de vie, entre 1980-1982 et 2003-2005, de 5,5 ans chez les hommes et de 8 ans chez les femmes pour atteindre respectivement des valeurs de 76,7 ans et de 82,5 ans. Les hommes de la région gardent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.
- Une espérance de vie dans la région soumise comme ailleurs à la défavorisation sociale et matérielle. Les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celles des hommes des communautés plus favorisées.
- Une diminution marquée de la mortalité infantile au cours des derniers 20 ans pour passer de 9,5 décès pour 1000 naissances à 5,7 décès pour 1000 naissances de nos jours.
- Les cancers et les maladies cardiovasculaires demeurent, avec respectivement près de 32 % et de 28 % des décès, les deux principales causes de mortalité en 2003-2005 :
 - une décroissance de la mortalité par maladie cardiovasculaire à l'instar du Québec. Le taux ajusté est passé de 462 à 207 décès pour 100 000 personnes en 20 ans ;
 - une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer des hommes du début des années 1980 à 2002-2005, mais une augmentation du taux des femmes dans la région comparativement à une stabilité du taux de l'ensemble des femmes du Québec ;
 - le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate sont, en importance, les cancers entraînant le plus de décès chez les hommes. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer du sein et du cancer colorectal.

- Un taux de mortalité par suicide supérieur à celui du Québec et qui, à l'encontre de la situation québécoise, n'a pas connu de diminution récente (24 pour 100 000 en 1995-1999 comme en 2002-2005). Le taux des hommes reste nettement supérieur à celui des femmes (38 pour 100 000).
- Un important taux de mortalité par traumatismes non intentionnels dans la région comparativement au Québec (32 contre 26 pour 100 000) surtout chez les hommes. Les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Au 31 mars 2007, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec était constitué de 15 établissements :

- 8 CSSS, établissements à vocation multiple.
 - Tous portent les missions de type CLSC et CHSLD.
 - 4 d'entre eux portent en plus la mission CH (Drummond, d'Arthabaska-et-de-l'Érable, de l'Énergie et du Haut-Saint-Maurice).
 - 3 d'entre eux opèrent une urgence mineure 24/7 et quelques lits d'hospitalisation de courte durée. (Bécancour–Nicolet-Yamaska, Maskinongé et Trois-Rivières).
 - le CSSS de l'Énergie assume un mandat régional en santé mentale.
- Le CHRTR où sont offerts des services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale, dont les services suivants à mandat régional :
 - la néphrologie, avec deux unités satellites reliées par télé-médecine Hôpital Sainte-Croix (CSSS Drummond) et Hôtel-Dieu d'Arthabaska (CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable).
 - la cardiologie ;
 - la microbiologie ;
 - la neurochirurgie, dans le cadre d'un mandat secondaire régional en traumatologie ;
 - la cancérologie avec un centre de radiothérapie et une responsabilité régionale en vertu du *Programme national de lutte contre le cancer*.

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

- 4 centres de réadaptation à vocation régionale : le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Centre de réadaptation InterVal, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec et le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec.
- 2 CHSLD privés conventionnés : Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. et CHSLD Vigi les Chutes à Shawinigan.

- Pour un grand total régional de :

- 149 installations ;
- 2 713 lits d'hébergement permanent ;
- 42 lits d'hébergement temporaire en CHSLD.

La région comptait également au 31 mars 2007 sur :

- La Maison des naissances de la Rivière à Nicolet où sont prodigués des services de sage-femme à 353 clientes depuis l'ouverture en 2003-2004. En 2006-2007, le nombre de sages-femmes est de 5,6 E.T.C.
- 162 RI et 838 RTF, pour un total de 4 224 places accréditées où résident environ 3 400 personnes. Ces ressources se distribuent comme suit, selon les programmes-services :
 - perte d'autonomie liée au vieillissement : 51 RTF et 38 RI, totalisant 948 places ;
 - déficience intellectuelle : 218 RTF et 102 RI, totalisant 980 places ;
 - jeunes en difficulté : 486 RTF et 5 RI, totalisant 1 540 places ;
 - santé mentale : 83 RTF et 17 RI, totalisant 756 places.

- 222 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

- 12 entreprises ambulancières, comptant 342 techniciens ambulanciers paramédics et 55 véhicules répartis dans les 8 RLS qui ont effectué 43 034 transports en 2006-2007.

- Le CCS pour la réception et le traitement des appels d'urgence et l'affectation des ressources préhospitalières (ambulances et premiers répondants) couvrant la totalité de la région.

- 17 GME, situés dans les DSS Arthabaska (2), de l'Érable (1), Drummond (5), Nicolet-Yamaska (3), Maskinongé (1), Haut Saint-Maurice (1), Centre-de-la-Mauricie (2) et Trois-Rivières (2) auxquels s'ajoutent une quarantaine de cliniques médicales privées.

- 12 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique qui ont dispensé plus de 1 150 000 heures de services en 2006-2007 (Bilan au 31 mars 2007, RAMQ).

- Un Technocentre et un Infocentre régional.

- La Coopérative des services regroupés en approvisionnement de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

L'AGENCE

La mission

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été instituée le 1^{er} janvier 2006, à la suite de l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 2005, c.32.

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

À cette fin :

- Elle assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et en est imputable au ministre.
- Elle porte une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats, et ce, dans une perspective populationnelle.
- Elle crée des conditions favorables à la responsabilité populationnelle, à la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux et à l'émergence de 8 réseaux locaux de services au sein d'un réseau régional cohérent.
- Elle exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Notamment, elle propose et convient, avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaire et institutionnel, de la contribution qu'elle attend d'eux dans le respect des responsabilités de chacun.
- Elle veille à un accès comparable à des services continus et de qualité dans les territoires.

Le plan d'organisation

Le plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec est conçu de manière à assurer de façon optimale la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par différentes lois.

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

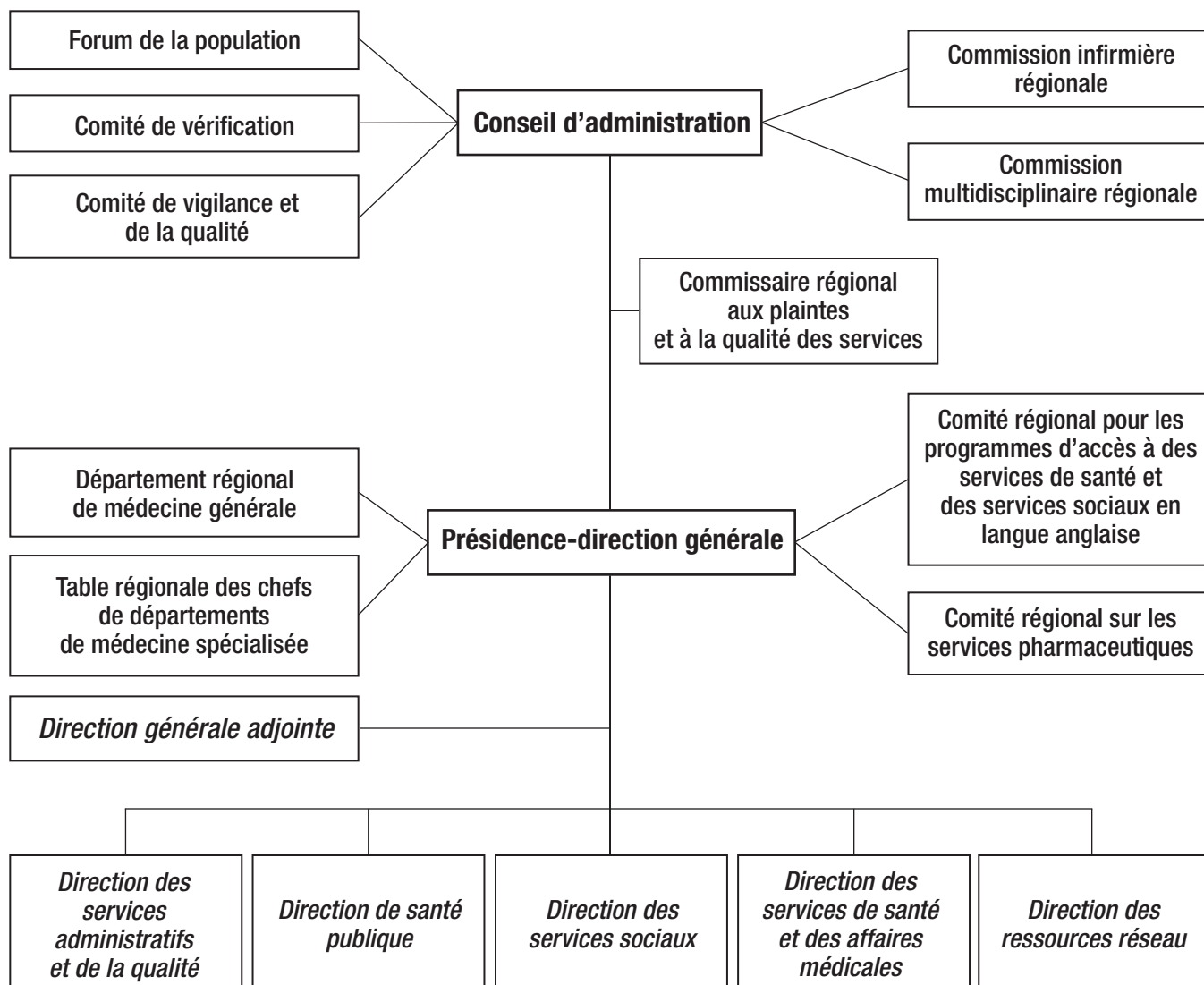
- Comportant peu de paliers hiérarchiques.

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

L'organigramme au 31 mars 2007

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

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



Le conseil d'administration

Le conseil d'administration de l'Agence est constitué de 15 personnes et du président-directeur général, tous nommés par le ministre. Il a tenu 22 assemblées publiques durant la période allant du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2007, tout en respectant le minimum légal exigé des 6 rencontres par année.

Le comité de vérification

Entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2007, le comité de vérification s'est réuni à 12 reprises à raison de 4 rencontres statutaires par année financière.

Le comité de vigilance et de la qualité

Le conseil d'administration de l'Agence adoptait le 13 décembre 2006 son règlement du comité de vigilance et de la qualité et nommait les membres du comité le 14 juin 2006.

Le comité s'est réuni à 2 reprises jusqu'au 31 mars 2007.

Les instances consultatives

L'adoption du projet de loi 83 en décembre 2005 a renouvelé ou mis en place les diverses instances consultatives prévues à la LSSSS.

Le Forum de la population

Le 19 avril 2006, le conseil d'administration de l'Agence procédait à la nomination des 15 nouvelles personnes représentatives de la population régionale. Une première rencontre s'est tenue le 7 juin 2006. Jusqu'au 31 mars 2007, le Forum s'est réuni à 5 reprises.

Entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 décembre 2005, le Forum précédent s'était réuni à 8 reprises. En mai 2004, le précédent Forum avait tenu une rencontre publique avec le conseil d'administration de l'Agence.

La Commission multidisciplinaire régionale et la Commission infirmière régionale

En place depuis octobre 2001, avec un mandat de 3 ans prolongé d'une année à l'automne 2004, l'Agence se devait, avec l'adoption du projet de loi 83, de procéder au renouvellement des membres de ces 2 commissions.

Lors de son assemblée publique du 14 décembre 2005, le conseil d'administration a fixé au 24 février 2006 la date limite pour

la désignation des nouveaux membres des commissions multidisciplinaire et infirmière régionales. En mars 2006, les nouveaux membres recevaient leur avis de désignation.

Jusqu'au 31 mars 2007, la nouvelle commission multidisciplinaire s'est réunie à 5 reprises et la nouvelle commission infirmière à 6 reprises.

Entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 décembre 2005, la commission multidisciplinaire précédente s'était réunie à 7 reprises et la commission infirmière précédente à 9 reprises.

Le Département régional de médecine générale

Entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2007, le DRMG s'est réuni à 30 reprises.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Mise sur pied le 22 février 2006, la Table régionale a tenu sa première rencontre le 15 juin 2006 et a tenu une autre rencontre avant le 31 mars 2007.

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques

Mis sur pied le 17 mai 2006, le comité a tenu sa première rencontre le 30 octobre 2006 et a tenu 4 rencontres jusqu'au 31 mars 2007.

Le Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2007, le comité s'est réuni à 5 reprises et a formulé un avis favorable à l'égard de la *Politique régionale d'accessibilité linguistique aux services de santé et aux services sociaux* et de la proposition de *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*.

Les ressources humaines

Une baisse significative caractérise l'évolution des effectifs en 2004-2005 et est attribuable aux mesures mises de l'avant afin de répondre aux attentes ministérielles en matière de réduction de dépenses totalisant 915 692 \$ récurrent à savoir 426 692 \$ en 2003-2004 et 244 400 \$ par année pour les exercices 2004-2005 et 2005-2006. Ainsi, on constate qu'entre le 31 mars 2003 et le 31 mars 2007, l'Agence compte :

- 1 poste d'encadrement de plus (commissaire régional aux plaintes).
- 8 postes à temps complet de plus.
- 2 postes à temps partiel E.T.C. de moins.
- 14,6 postes occasionnels E.T.C. de moins.

Effectifs au 31 mars	2003	2004	2005	2006	2007
Les cadres					
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	9	9	9	10	10
- Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a)	—	—	—	—	—
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	—	—	—	—	—
Les employés réguliers					
- Temps complet (c)	119	119	112	113	127
- Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a)	12	11	7,6	7,6	10
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	2	1	—	—
Les occasionnels					
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice.	76 762	94 219	54 780	73 120	49 988
Équivalents temps complet (b)	42,0	51,6	30,0	40,0	27,4
TOTAL E.T.C.	182	192,6	159,6	170,6	174,4

(a) L'équivalence temps complet (E.T.C.) se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées divisées par 1826 heures.

(c) Exclut les postes affectés au Technocentre régional (1 cadre, 8 employés réguliers), à l'Infocentre régional (6,8) et en libération syndicale permanente (1).

Les ressources financières

Le budget d'exploitation de l'Agence totalisait 10,2 M \$ en 2006-2007 comparativement à 9,6 M \$ en 2003-2004 et 2004-2005, et à 9,8 M \$ en 2005-2006. Près de la moitié (51 %) de ce budget est consacrée aux fonctions de santé publique soit 5,2 M \$ alors que l'autre partie est affectée à la coordination du réseau. La croissance enregistrée lors du dernier exercice financier s'explique par l'augmentation des coûts de systèmes salariaux attribuable notamment au règlement sur l'équité salariale.

En comparaison, le budget du réseau régional est passé de 712 M \$ en 2003-2004 à 831 M \$ en 2006-2007 pour une augmentation de 16,7 %. Le budget d'exploitation de l'Agence a progressé de 6,4 % pendant la même période.

En 2006-2007, la portion du budget consacrée aux fonctions de coordination du réseau (5,1 M \$) équivaut à 0,61 % du budget du réseau régional. Cette proportion était de 0,72 % en 2003-2004.

Les ressources financières

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Budget de l'Agence	5 137 107 \$	5 028 165 \$	4 859 038 \$	5 055 649 \$
Budget de la DSP	4 475 302 \$	4 618 344 \$	4 973 673 \$	5 174 196 \$
Total du budget d'exploitation	9 612 409 \$	9 646 509 \$	9 832 711 \$	10 229 845 \$
Fonds des activités accessoires	93 970 \$	71 838 \$	82 970 \$	155 784 \$
Fonds des activités régionalisées	1 483 009 \$	1 758 500 \$	2 356 921 \$	3 264 975 \$
Fonds affectés	13 852 726 \$	20 019 031 \$	21 926 066 \$	22 729 564 \$

Les ressources informationnelles

Le Technocentre régional géré par l'Agence assure le soutien aux établissements de santé et de services sociaux et aux GMF de la région. Il répond à environ 5 000 demandes d'assistance par année au regard du RTSS, des systèmes d'exploitation Windows, de 20 systèmes d'information (ex. : SICHELD, RIGIC, I-CLSC, logiciel de laboratoire Médi-Lab), des logiciels antivirus et de serveurs de terminaux. Pour les applications critiques, le soutien du Technocentre est assuré 24 heures par jour.

Le Technocentre se préoccupe également de la mise en place d'infrastructures de sécurité protégeant les données et les

équipements régionaux. La valeur des systèmes d'information est de 4 M \$ et les équipements du Technocentre valent 1,5 M \$.

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

LE PROJET RÉGIONAL ET LES PRINCIPAUX ENJEUX DE LA RÉGION EN 2008

Quelques repères sur le projet régional

Voilà plus de 12 ans que le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec est animé par la réalisation d'un projet régional dont les assises sont contenues dans le modèle régional d'organisation de services adopté en 2004 qui vise l'émergence de 8 RLS au sein d'un réseau régional cohérent et fonctionnel. Ce modèle a donné un nouvel essor à un réseau en construction depuis 1996 (*Plan de transformation* de 1996 et *Plan de consolidation* de 1999). En effet, les objectifs poursuivis et la dynamique régionale préconisée sont demeurés les mêmes.

• Objectifs :

- Améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des services tout en intégrant les orientations et priorités ministérielles ;
- Agir en amont des problèmes sociaux et de santé ;
- Rendre accessibles dans chaque territoire de RLS, tous les services possibles ;
- Assurer l'accès rapide et équitable aux services spécialisés et surspécialisés ;
- Assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources de toute nature confiées au réseau.

• Dynamique régionale :

- S'appuie sur une forte dynamique associative agence-réseau permettant de développer une vision partagée ;
- Priorité à la réponse concrète aux besoins des personnes et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ;
- Arrimage avec le milieu médical et avec le mouvement communautaire ;
- Arrimage avec les partenaires intersectoriels (scolaires, municipaux, gouvernementaux, CRÉ et autres).

• Perspective :

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

Un bilan triennal positif et l'excellence régionale

Les 3 dernières années se caractérisent par une amélioration significative de l'accessibilité, de la continuité, de la qualité et de la sécurité des services offerts à la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, et ce, grâce :

- au professionnalisme, à l'engagement et à la persévérance :
 - des conseils d'administration et leurs instances consultatives, des directions générales, du personnel d'encadrement, des professionnels, du personnel et des personnes bénévoles :
 - des établissements,
 - des organismes communautaires,
 - des entreprises ambulancières et du CSS,
 - de la maison des naissances,
 - des entreprises d'économie sociale et d'aide domestique,
 - de l'Agence ;
 - des médecins, des infirmières et des employés des GMF et des cliniques médicales privées ;
 - des personnes oeuvrant dans les RI et RTF ;
 - des pharmacies communautaires et des premiers répondants ;
- au partenariat des CRÉ du Centre-du-Québec et de la Mauricie, du monde municipal, du milieu scolaire, des collèges, des universités, des autres ministères et des organismes gouvernementaux ou parapublics et de la Coopérative des services regroupés en approvisionnement ;
- aux orientations, aux investissements, à la coordination et au soutien du Ministère et de l'Agence.

Le réseau régional et les services qu'il offre à la population ont particulièrement progressé par :

- la création en 2004 des CSSS et l'implantation progressive de 8 réseaux locaux de services au sein d'un réseau régional cohérent, entre autres, par la confection de projets cliniques et organisationnels ;
- le renouvellement en 2006 de la composition des conseils d'administration des établissements publics ;
- le déploiement local et le soutien régional des instances et mesures destinées à assurer le respect des droits des usagers et la qualité des services, parmi lesquelles on retrouve :
 - les comités locaux de gestion des risques,
 - les comités de vigilance et de qualité des services relevant des conseils d'administration,

- les mesures relatives à la prestation sécuritaire des services, à la gestion des risques et aux mesures de contrôle,
- les visites d'appréciation de la qualité des ressources d'hébergement institutionnel et non institutionnel,
- les processus d'agrément suivis par les établissements,
- le traitement des plaintes par les établissements et par l'Agence qui, dans une proportion de 57 %, conduit à l'implantation de corrections améliorant les services,
- la mise sur pied des tables régionales des commissaires locaux et régional aux plaintes et à la qualité des services, des comités des usagers, des directeurs responsables de la qualité des services ;
- l'inscription, en date du 28 avril 2007, de plus de 158 000 personnes, dont 26 % de personnes vulnérables, dans l'un ou l'autre des 17 GMF de la région, ce nombre représentant 15 % des personnes inscrites à un GMF au Québec ;
- l'accroissement du nombre de médecins pratiquant dans la région et l'augmentation des taux d'atteinte des PREM (81 % en omnipratique et 92 % en spécialités en 2007) qui permettent, avec l'apport des GMF, d'améliorer l'accès aux services médicaux par la population ;
- le lancement du campus de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à Trois-Rivières avec déjà 120 étudiants en 2007, et l'augmentation très importante du volume de stages en externat et en résidence (850 en 2006 vs 390 en 2004), ce qui devrait faciliter à terme le recrutement et la rétention de nouveaux médecins dans la région ;
- la conduite en 2007 d'une seconde campagne d'information préventive et de distribution de comprimés d'iode stable à la population vivant aux environs de la centrale nucléaire de Gentilly-2 (10 000 personnes) ; la première avait eu lieu en 2003 et ces 2 opérations de communication publique du risque nucléaire constituent des premières de cette envergure au Canada ;
- la préparation des établissements et de l'Agence en vue d'une pandémie d'influenza ou de tout autre sinistre mettant en péril la santé de la population ;
- la mise en œuvre des plans régional et locaux de santé publique caractérisés, entre autres, par des services intégrés de périnatalité rejoignant annuellement plus de 1 500 familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, par une réduction de 19 % de l'incidence du *Clostridium difficile* dans les milieux hospitaliers de la région et par l'accroissement constant des taux annuels de vaccination contre l'influenza ;

- le succès obtenu par la centrale régionale Info-Santé/Info-Social lors de l'expérimentation de l'accès téléphonique 811 et sa bonne performance générale tant en nombre d'appels traités (235 000 reçus en 2006-2007) qu'en termes de standards de qualité (délai de réponse, etc.) où, dans tous les cas, elle dépasse les moyennes québécoises ;
- l'augmentation de 17 % du nombre d'adultes desservis (4 995 en 2006-2007) par les services psychosociaux des CSSS, tout en maintenant le nombre moyen d'interventions par personne ;
- la multiplication des actions pour prévenir et pour dépister la violence conjugale et les agressions sexuelles ainsi que pour intervenir auprès des victimes et de leurs proches ;
- l'augmentation de 29 % en 3 ans du nombre de personnes rejointes, toutes problématiques confondues, par les services à domicile des CSSS (26 359 personnes en 2006-2007), avec une intensité de services elle aussi accrue (moyenne de 18,3 par personne par année) ;
- les 1 150 000 heures de services à domicile rendues en 2006-2007 par les 12 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique (EESAD), ce qui représente la meilleure performance au Québec ;
- l'augmentation de 8 % des budgets consacrés aux services de soutien à domicile (CSSS, EESAD, Chèque emploi-service) entre 2004-2005 et 2006-2007 (37,4 à 40,5 M \$) ;
- l'adoption en décembre 2005 d'un plan régional et la préparation de plans locaux pour faire face au vieillissement de la population, en particulier par un accroissement important du soutien à domicile, par une augmentation et une diversification des places d'hébergement et par un meilleur soutien aux proches aidants ;
- la confirmation, grâce à un exercice d'évaluation unique au Québec, mené en 2005 auprès de plus de 7 750 usagers, que chacun des volets du continuum de services aux personnes âgées en perte d'autonomie (soutien à domicile/RI/RTF/CHSLD) répond aux besoins pour lesquels il a été mis en place et que, d'autre part, la gradation et la spécificité propre à chaque ressource sont respectées ; dit autrement, dans la région, les personnes âgées sont soutenues ou hébergées au bon endroit, en fonction de leurs besoins ;
- le délai moyen d'attente pour l'obtention d'une place en hébergement, qui est presque 2 fois plus court dans la région que ce qui est constaté dans l'ensemble du Québec (28 versus 48 jours), dont 20 jours pour une place en CHSLD comparativement à 46 jours au Québec ; cette performance est obtenue alors que le nombre de demandes d'hébergement a atteint 1 629 en 2006-2007, une hausse de 7,1 % en 3 ans ;
- l'augmentation depuis 2003-2004 du nombre de personnes rejointes par les services spécialisés en adaptation et réadaptation physique (hausse de 17 % pour 3 679 en 2006-2007) du Centre InterVal, du nombre d'enfants dysphasiques desservis (25 % pour 451 enfants) et du nombre de personnes ayant obtenu des aides techniques à la vie quotidienne et à la vie domestique (39 % pour 904 personnes) ;
- l'accroissement de 69 % depuis 2003-2004 du nombre de personnes ayant un diagnostic de TED recevant des services spécialisés du CSDI (179 à 302 en 2006-2007), qu'il s'agisse d'enfants de moins de 6 ans bénéficiant des services d'intervention comportementale intensive (49), de jeunes de 6 à 21 ans (204) ou d'adultes de plus de 21 ans (49) ;
- la poursuite des services spécialisés offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle ;
- l'application à compter de 2006 d'une trajectoire de services développée en région, accélérant et améliorant l'évaluation diagnostique des enfants et des jeunes chez lesquels on soupçonne la présence d'un TED ;
- la mise en œuvre de programmes conçus régionalement pour mieux intervenir en cas de négligence parentale (*Faire la courte échelle*, 2005), de troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (*Concentrons nos énergies*, 2006) ou de problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes (*Orientations et stratégies régionales*, 2006), à chaque fois accompagnée d'activités régionales de formation et d'investissements pour consolider les services de première ligne des CSSS ;
- le dépassement par la région de la cible visée pour 2010 (7,5 %) quant au nombre d'enfants et de jeunes recevant des services de première ligne des CSSS (9 295 ou 10 % en 2006-2007) ;
- la performance du Centre jeunesse qui, entre 2004-2005 et 2006-2007, a réduit de façon marquée le délai d'attente à l'évaluation (7,7 plutôt que 11,7 jours) et à l'application des mesures à la Protection de la jeunesse (20,1 plutôt que 42,6 jours), chaque fois en deçà des plafonds ministériels (12 et 30 jours, respectivement) ;
- la consolidation par le centre de réadaptation Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec de son service de désintoxication en centre d'hébergement qui a traité 563 personnes en 2006-2007 (hausse de 30 % en 3 ans) et qui lui a valu un Prix d'excellence du MSSS en 2006, dans la catégorie « Intégration des services » ; en effet, ce service repose notamment sur des corridors de services clairement établis avec les principaux hôpitaux de la région et sur la présence régulière d'infirmières de liaison de Domrémy dans leurs urgences ;

- le développement de plusieurs initiatives de prévention à l'égard des diverses dépendances, dont une entente avec la Société de développement économique de Drummondville qui a permis de sensibiliser le personnel de plus de 300 entreprises ;
- la consolidation des services spécialisés à l'intention des joueurs pathologiques qui ont été 394 à en recevoir en 2006-2007, comparativement à 168 en 2003-2004 ;
- le développement et la consolidation des services de première ligne des CSSS à l'intention des enfants, des jeunes et des adultes ayant un trouble de santé mentale ou des idéations suicidaires; ces services ont rejoint 3 924 personnes en 2006-2007, soit 76 % de plus qu'en 2003-2004 (2 231) ;
- l'implantation progressive d'un service de soutien d'intensité variable dans chaque CSSS, notamment grâce à la production régionale d'un cadre de référence sur le sujet et à des injections budgétaires substantielles ;
- le maintien de la performance du CSSS de l'Énergie qui, avec ses 6 équipes de suivi intensif, a soutenu dans la communauté 305 personnes ayant des troubles graves de santé mentale en 2006-2007, ce qui correspond à 90 % de la cible ministérielle pour 2010 ;
- la présence d'une trentaine d'organismes communautaires en santé mentale qui offrent une gamme diversifiée et complémentaire de services d'entraide, de centre de jour, de prévention du suicide, d'hébergement, d'insertion au travail ou de défense des droits ;
- l'implantation d'un centre de communication santé en 2005 qui a reçu plus de 78 000 appels en 2006-2007 et qui a affecté en conséquence les techniciens ambulanciers paramédics et les premiers répondants; en 2007, le CCS est devenu l'un des seuls CCS du Québec à être accrédité comme centre d'excellence par la National Academy of Emergency Medical Dispatch ;
- la consolidation de la chaîne d'intervention préhospitalière par le soutien de 27 équipes de premiers répondants, par des programmes répétés de formation des techniciens ambulanciers paramédics et par la mise en place graduelle du déploiement dynamique des véhicules ambulanciers à compter de 2005 ;
- l'instauration d'un programme d'assurance qualité qui a fait passé de 76 % à 97 % le niveau de conformité des actes posés par les techniciens ambulanciers paramédics, ce qui est au-dessus de la cible minimale de 95 % fixée par le MSSS ;
- une accessibilité aux services d'urgence qui, dans la majorité des hôpitaux de la région, rencontre les standards établis par le MSSS, et ce, malgré le vieillissement de la population et le manque de médecins omnipraticiens oeuvrant en première ligne ;
- la désignation du Centre de réadaptation InterVal à titre d'établissement offrant des services d'adaptation et de réadaptation aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral, en sein du Consortium interrégional de l'Ouest du Québec ;
- l'augmentation de 16 % obtenue par les centres hospitaliers et les équipes médicales de la région au chapitre des chirurgies réalisées, qui sont passées de 27 634 à 31 908 de 2004-2005 à 2006-2007, et la diminution conséquente de 28 % des patients en attente de telles chirurgies ;
- l'attention portée par la région aux 3 chirurgies visées par la loi 33 (cataractes et prothèses totales du genou ou de la hanche) qui, en 2 ans, ont connu des hausses importantes en termes de volume (genou : +39 % pour 506 ; hanche : +17 % pour 320 ; cataractes : + 30 % pour 5 291) et une réduction encore plus significative du nombre de personnes en attente d'une de ces chirurgies depuis plus de 6 mois (genou : baisse de 69 % à 34 personnes au 31 mars 2007 ; hanche : baisse de 59 % à 15 personnes ; cataractes : baisse de 63 % à 14 personnes) ;
- la consolidation des 4 équipes d'oncologie de la région et leur désignation officielle suite aux recommandations du Groupe-conseil du MSSS ;
- l'adoption et la mise en œuvre d'orientations régionales en néphrologie, qui ont permis d'accentuer une diversification de la gamme de services disponibles et de rejoindre un plus grand nombre de personnes, soit 641 en 2006-2007 en comparaison à 438 personnes 3 ans plus tôt ;
- les services de soins palliatifs offerts à domicile et dans les établissements et organisme de la région, qui ont, entre autres, desservi 1 466 personnes à domicile en 2006-2007 (hausse de 17 % en 3 ans) avec une intensité accrue de façon encore plus importante (+46 %) ;
- la prise en charge par le CHRTR, depuis 2006-2007, de 785 personnes souffrant de sclérose en plaques qui, auparavant, avaient recours à des services à l'extérieur de la région ;
- la poursuite d'activités à l'intention de clientèles vulnérables (diabète, maladies pulmonaires obstructives chroniques) ;
- l'action importante des 222 organismes communautaires de la région qui sont très actifs dans tous les programmes-clientèles en plus de soutenir le changement social ; ces organismes ont vu leur financement accordé par l'Agence croître de 23 % entre 2003-2004 et 2006-2007, passant de 22,6 M \$ à 27,8 M \$.

- le déploiement de plusieurs mesures convenues régionalement pour prévenir et atténuer les pénuries de personnel actuelles ou à venir (mesures de promotion, de recrutement et de rétention de la main-d'oeuvre, coordination des stages, programme de formation de la relève, gestion de la présence au travail, activités de développement des compétences et réorganisations du travail) ;
- la progression de l'enveloppe budgétaire régionale (financement net, avant autres revenus), qui est passée de 712,0 M \$ en 2003-2004 à 831,1 M \$ en 2006-2007, soit une hausse de 16,7 % ;
- les investissements significatifs effectués par le gouvernement et les efforts déployés par les établissements avec l'appui de l'Agence et du Ministère qui ont permis de maîtriser le niveau de déficit et d'atteindre l'équilibre budgétaire au 31 mars 2007, considérant que le dépassement maximal autorisé par le MSSS était de 3,5 M \$; dans les faits, les résultats consolidés des établissements publics présentent à cette date un déficit régional de 2,0 M \$, c'est-à-dire 3/10^e de 1 % de l'enveloppe de dépenses dont dispose l'Agence ;
- les investissements substantiels consacrés par le Ministère au parc immobilier et au parc d'équipements des établissements de la région de 2004-2005 à 2006-2007 :
 - 168,0 M \$ pour des projets immobiliers majeurs autorisés, réalisés ou en cours de réalisation,
 - 41,5 M \$ d'autres investissements immobiliers visant le maintien des actifs ou des rénovations fonctionnelles,
 - 38,8 M \$ en équipements généraux, spécialisés ou de haute technologie ;
- le déploiement des technologies et systèmes d'information qui permettent une optimisation de l'utilisation des ressources disponibles et qui facilitent la mise en réseau entre les établissements, les GMF et les cliniques médicales privées ; voici des exemples plus spécifiques à notre région :
 - la modernisation des services de radiologie par l'implantation d'une même plateforme de numérisation des images radiologiques (PACS) qui va faciliter l'échange de services,
 - l'implantation du RIGIC,
 - la décision prise par tous les établissements publics et par l'Agence d'implanter les mêmes progiciels administratifs de paie, d'approvisionnement, de gestion des ressources humaines et des ressources financières, ce qui constitue une première au Québec.

Quelques enjeux et défis à l'aube de 2008

Malgré le chemin parcouru au cours de la dernière décennie et du dernier triennal, le réseau de la santé et des services sociaux et la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec demeurent confrontés à un certain nombre d'enjeux et de défis. En voici une liste qui ne se veut pas exhaustive :

- Accès à un médecin de famille :
 - L'accès par les citoyens à un médecin de famille s'est amélioré en comparaison avec 2003-2004 grâce, entre autres :
 - aux changements apportés par le Ministère aux règles régissant la répartition interrégionale et l'installation des nouveaux médecins,
 - aux stratégies locales et régionales favorisant le recrutement et la rétention des jeunes médecins,
 - à l'action de 17 GMF ;
 - Bien que le taux d'atteinte du PREM ait progressé de 77 % en 2003 à 81 % en 2007, il reste le plus bas du Québec dont le taux moyen, quant à lui, est stable à 91 % depuis quelques années. Sur ces bases, on peut avancer qu'il nous manque 60 médecins omnipraticiens pour rejoindre la moyenne québécoise et 106 médecins pour atteindre 100 % du PREM.
 - En dépit de la grande satisfaction exprimée par les citoyens lors du sondage de 2007 sur les services obtenus dans les cliniques médicales et les GMF de la région (« très satisfaits » = 73,1 %), l'accès à un médecin de famille demeure un défi prioritaire. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'on considère certaines des répercussions de ce manque de médecins :
 - insuffisance de la prise en charge des personnes vulnérables,
 - pression accrue sur les urgences, faute de services médicaux avec et sans rendez-vous accessibles dans la communauté,
 - carences dans les suivis pré et post services spécialisés,
 - difficulté à doter les établissements d'effectifs médicaux suffisants pour les fonctions hospitalières de base (urgence, hospitalisation, etc.) ainsi que pour les services de première ligne (santé mentale, services gériatriques, soutien à domicile, hébergement, etc.),
 - proportion importante de personnes sans médecin de famille ;
 - Dans ces circonstances, il faut entre autres choses :
 - maintenir et renforcer les règles en vigueur au Québec concernant la répartition interrégionale et l'installation des nouveaux médecins,
 - poursuivre les efforts déployés par les établissements et l'Agence en matière de promotion de la région, de recrutement et de rétention de nouveaux médecins,

- mettre sur pied d'autres GMF et consolider ceux qui existent,
 - poursuivre la mise en réseau informatique des GMF et cliniques médicales avec les CSSS,
 - améliorer l'accès aux plateaux techniques (imagerie médicale et laboratoires) et aux consultations spécialisées,
 - compléter l'implantation de mesures dans chaque territoire de RLS visant la prise en charge de patients en mauvais état de santé et sans médecin de famille,
 - soutenir le développement de la formation médicale en région, notamment autour du campus trifluvien de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.
- Accès aux médecins spécialistes :
 - L'accès aux médecins spécialistes s'est grandement amélioré au cours des dernières années avec un taux d'atteinte de PREM de 92 % en 2007. Le recrutement de nouveaux médecins demeure encore un enjeu dans les disciplines ou spécialités suivantes : gériatrie, cardiologie, pneumologie, pédopsychiatrie, psychiatrie, pédiatrie et médecine interne ;
 - Là encore, le maintien par le MSSS de règles serrées de la gestion des PREM est un incontournable, tout comme certaines des mesures invoquées au sujet de l'accès à un médecin de famille.
 - Accès à l'urgence et aux services spécialisés :
 - Diminuer le temps d'attente à l'urgence. Des efforts importants ont été et devront être encore consentis pour améliorer la performance de ces services. Cela dit, la pression demeure très forte et on constate une hausse de l'achalandage à cause notamment du vieillissement de la population et du manque de médecins ;
 - Mettre en œuvre le projet de loi 33 sur l'accès aux services spécialisés, augmenter la production chirurgicale et réduire les délais d'attente ;
 - En considérant le volume de la population régionale, le mandat régional du CHRTR, les enjeux liés de recrutement de médecins spécialistes dans un tel établissement et la présence de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à Trois-Rivières, envisager la mise sur pied de services d'hémodynamie au CHRTR ;
 - Optimiser l'organisation des services de biologie médicale et le circuit de médicament ;
 - Renforcer la coordination de l'accès aux services spécialisés et aux services diagnostiques dans le Trois-Rivières métropolitain.
 - Affaires médicales et universitaires :
 - Viser la reconnaissance d'un statut universitaire pour le CHRTR et pour le CSDI.
 - Mise en réseau des services :
 - Poursuivre l'implantation de 8 RLS au sein d'un réseau régional cohérent ;
 - Soutenir la mise en réseau, particulièrement avec les GMF et les cliniques médicales ;
 - Développer et déployer les principaux systèmes d'information et les technologies afférentes.
 - Vieillesse de la population :
 - Mettre en œuvre le Plan d'action régional 2005-2010 relié aux services aux personnes âgées, qui vise particulièrement à :
 - adapter et à augmenter, entre 2005 et 2010, la capacité régionale d'hébergement de 118 places (transformer 139 places en institution en 257 places en RNI) ;
 - augmenter l'intensité des services en CHSLD ;
 - adapter les installations en CHSLD pour répondre aux normes contemporaines de qualité de soins et de services en conformité au concept de milieu de vie ;
 - accroître les services et les soins à domicile y compris dans les résidences privées.
 - Procéder à la certification de l'ensemble des résidences privées pour personnes âgées.
 - Jeunes en difficulté :
 - Mettre en place les nouvelles dispositions de la Loi sur la Protection de la jeunesse et implanter une offre de service harmonisée dans tous les territoires de la région ;
 - Réduire le taux de signalements retenus en protection de la jeunesse, un des taux les plus élevés au Québec ;
 - Mettre en œuvre une organisation de services destinée aux jeunes en trouble de comportement de même que des services adaptés pour les jeunes desservis par le Centre jeunesse aux prises avec un problème de santé mentale.
 - Suicide et santé mentale :
 - Réduire le taux de suicide ;
 - Consolider les services de 1^{re} ligne en santé mentale pour les jeunes et les adultes, avec présence de médecins dans les équipes et soutien de psychiatres répondants ;

- Poursuivre l'implantation du *Plan d'action ministériel en santé mentale*.
- Dépendances, Déficience intellectuelle - TED, Déficience physique :
 - Consolider les services de 1^{re} ligne offerts par les CSSS dans ces domaines ;
 - Contourner l'obstacle de la disponibilité des ressources professionnelles spécialisées (ex. : orthophonistes) pour améliorer l'accès aux services spécialisés ;
 - Mettre à jour les orientations régionales en dépendances et s'assurer de leur implantation.
- Personnes aux prises avec des problèmes multiples et complexes :
 - Compléter et mettre en œuvre les orientations régionales.
- Prévention et promotion :
 - Réaliser les cinq cibles d'actions prioritaires régionales en santé publique :
 1. Réduction des inégalités économiques et sociales
 2. Développement des jeunes 0-5 ans
 3. Réduction de la morbidité et de la mortalité
 4. Pratiques cliniques préventives
 5. Menaces : infections, risques industriels majeurs et environnementaux
- Services préhospitaliers d'urgence :
 - Compléter la consolidation du déploiement dynamique des ambulances dans les territoires de la région ;
 - Poursuivre le développement du réseau de premiers répondants par les municipalités et la présence d'une réponse préhospitalière (premiers répondants et ambulanciers) équilibrée en fonction des caractéristiques des territoires ;
 - Consolider le programme d'assurance qualité des interventions ambulancières.
- Qualité des services :
 - Assurer la prestation sécuritaire des services et ainsi en diminuer les risques afférents ;
 - Maintenir une gestion rigoureuse des mesures assurant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales ;
 - Assurer le suivi des démarches conduisant au virage « milieu de vie » dans les CHSLD, à l'agrément des établissements et à l'implantation des comités de vigilance et de la qualité au sein des établissements.
- Organismes communautaires :
 - Voir à la consolidation budgétaire du soutien à la mission globale des organismes communautaires qui sont au nombre de 222 dans la région.
- Équilibre budgétaire :
 - Maintenir l'équilibre budgétaire malgré les pressions vécues par le réseau.
- Disponibilité de la main-d'œuvre et organisation du travail :
 - Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre, en particulier dans les disciplines les plus à risques de pénurie.
- Poursuivre la modernisation des infrastructures :
 - Équipements ;
 - Installations ;
 - Services de soutien.
- Ressources et technologies de l'information :
 - Déployer le Dossier Santé Québec et les orientations régionales dans ces domaines.
- Services Info-Santé et Info-Social :
 - Consolider le service Info-Santé et développer le service Info-Social sur une base 24/7.

PARTICIPATION DE LA POPULATION ET DROITS DES USAGERS

Comités des usagers

Une table régionale des comités des usagers des établissements de la région a été formée pour soutenir leur fonctionnement et créer des lieux d'échanges. Parmi les principales réalisations de cette table régionale, mentionnons les éléments suivants :

- Formation sur le cadre de référence du MSSS à l'égard de l'exercice des fonctions par les membres des comités des usagers et des comités des résidents.
- Organisation d'une semaine régionale annuelle des comités des usagers dans le but d'accroître leur visibilité au sein des établissements et de la population.
- Tenue d'un colloque régional annuel à l'intention des membres des comités.

Élections et désignations aux conseils d'administration des établissements

À l'automne 2006, l'Agence coordonnait le processus d'élection et de désignation au sein des 13 conseils d'administration des établissements publics de la région.

- Lors du scrutin du 23 octobre 2006, des élections ont été tenues dans 5 des établissements. À cette occasion, 9 femmes et 11 hommes ont été élus. Pour chacun des 8 autres établissements, les 4 postes des représentants de la population ont été comblés sans concurrent par 13 femmes et 19 hommes.

Au total, 2 587 personnes ont utilisé leur droit de vote, ce qui représente un taux de participation oscillant entre 0,69 % et 1,06 % selon nos territoires, pour un taux régional de 0,76 %, ce qui équivaut aux résultats des élections antérieures.

- À partir de listes de noms fournies par les établissements, le conseil d'administration de l'Agence procédait, le 13 décembre 2006, à la désignation de 2 personnes au sein de chacun des 13 conseils d'administration des établissements publics.
- En application de l'article 147 de la LSSSS, l'Agence a procédé à la nomination aux postes laissés vacants par le processus.
- Les coûts de l'exercice sont évalués à 150 000 \$.

Forum de la population

- Dès janvier 2006, l'Agence enclenchait son processus de renouvellement des membres du Forum de la population en procédant au renouvellement de ses ententes avec les CRÉ des régions du Centre-du-Québec et de la Mauricie. Ces ententes portent sur la composition spécifique du Forum et sur les modes de consultation des divers organismes socio-économiques.

- Plus de 120 organismes socio-économiques, identifiés conjointement avec les CRÉ du Centre-du-Québec et de la Mauricie ainsi que l'ensemble des comités d'usagers des établissements de la région, ont été sollicités pour proposer des candidatures.
- Les 15 personnes retenues parmi les 36 candidatures reçues assuraient le respect des différents paramètres prévus pour la composition du Forum dont un équilibre entre le Centre-du-Québec et la Mauricie, un minimum de 3 personnes pour chacun des groupes d'âge des 18-35 ans, 36-55 ans et 55 ans et plus, une personne de la communauté anglophone.
- Par contre, nous n'avons pu respecter l'équilibre homme – femme, ces dernières occupant 10 des 15 sièges.
- Faute de candidature, un de nos 8 territoires de CSSS n'est pas représenté ainsi que les communautés autochtones.
- L'Agence privilégie une approche de type Groupe de discussion avec son Forum. Ainsi, en plus de formuler des recommandations au conseil d'administration de l'Agence sur différents dossiers, les diverses directions de l'Agence peuvent discuter avec le Forum de leurs projets de consultation et de communication auprès de la population dès les phases préliminaires des projets ou encore valider certaines de leurs hypothèses de travail sur l'organisation de services.

Examen des plaintes

L'amélioration de la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sont assurés notamment par le traitement diligent des plaintes. À ce sujet, il est important de faire un bref rappel sur certaines modifications législatives adoptées au cours des dernières années dans le but de bonifier le fonctionnement du régime d'examen des plaintes :

- Le régime est passé de 3 à 2 paliers en 2003-2004, l'Agence ne traitant plus en deuxième instance les plaintes des établissements ; le traitement des plaintes en deuxième instance est maintenant assumé entièrement par le Protecteur du citoyen.
- L'exercice de fonctions exclusives par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services et son rattachement au conseil d'administration (mise en œuvre en 2006-2007).
- La possibilité pour le commissaire d'intervenir, de sa propre initiative, dans des situations où il a des motifs raisonnables de croire que les droits des personnes ne sont pas respectés.
- La nouvelle responsabilité légale accordée à l'Agence dans le traitement des plaintes dans les résidences privées pour personnes âgées (mise en œuvre 2006-2007).

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

Plaintes conclues par l'Agence

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Organismes communautaires	22	6	14	14
Services préhospitaliers d'urgence	3	7	5	19
Services et fonctions de l'Agence	10	7	10	7
Résidences privées	S.O.	S.O.	S.O.	4
Total	35	20	29	44

Interventions de l'Agence en ressources résidentielles privées

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Interventions conclues	45	42	26	36

Bilan des dossiers de plaintes conclues par les établissements, par mission

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Centres hospitaliers	563	581	700	660
Centres locaux de services communautaires	75	93	140	100
Centres d'hébergements de soins de longue durée	85	93	143	96
Centres de réadaptation	72	80	70	123
Total	795	847	1053	979

Bilan des catégories d'objets de plaintes conclues par les établissements

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Accessibilité et continuité	254	229	270	238
Soins et services dispensés	399	416	422	591
Relations interpersonnelles et communications	157	226	319	508
Environnement et ressources matérielles	108	172	182	234
Aspect financier	94	129	220	145
Droits particuliers et autres objets	59	68	98	120
Total	1071	1240	1511	1836

N.B. Une plainte peut compter plusieurs objets.

Parmi les faits saillants des rapports de plaintes des 4 dernières années, il faut mentionner que des mesures correctives sont identifiées dans 57 % des objets de plaintes examinés par les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements de la région. Cette donnée permet de confirmer la contribution du traitement des plaintes à l'amélioration de la qualité des services.

En terminant, toujours en matière de satisfaction des usagers et de respect de leurs droits, l'Agence accorde une importance

capitale à la promotion des droits des usagers et au fonctionnement du régime des plaintes par un soutien régulier auprès des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services ainsi qu'auprès du centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

Des rencontres régulières de la Table régionale des commissaires permettent d'harmoniser les pratiques dans le traitement des plaintes.

LA QUALITÉ DES SERVICES

La Table régionale « qualité »

Dans la foulée de l'adoption du projet de loi 83, les directeurs généraux des établissements décidaient en 2006 de créer une table régionale « qualité » formée des directeurs responsables du dossier de la qualité au sein de chacun des établissements. Le mandat de ce regroupement régional est d'assurer la cohérence dans le développement d'une culture d'amélioration continue de la qualité, en favorisant l'intégration et le partage des informations sur la qualité des services, ainsi que de supporter les membres dans la réalisation de leurs mandats.

En 2007, l'Agence était invitée à déléguer un représentant au sein de ce regroupement en ayant comme rôle de soutenir la bonne circulation des informations sur les divers dossiers de la qualité et les travaux du regroupement. C'est dans cet esprit qu'un site Web sur la qualité a été développé à l'intention des divers acteurs intervenants dans les dossiers de la qualité et qu'un budget annuel de 100 000 \$ récurrent a été mis à la disposition des membres de la Table régionale « qualité » dans le but de soutenir des projets répondant à des préoccupations communes aux établissements en matière de qualité et permettant de les outiller.

À ce jour, 3 projets proposés par des établissements sont en voie de réalisation : un sondage auprès des usagers sur les conditions d'attente à l'urgence, présenté par le CSSS de Trois-Rivières ; une application informatique permettant d'évaluer par sondage de façon continue la qualité des services proposés, par le Centre jeunesse et le développement par le CSDI d'un guide de fonctionnement des comités locaux de vigilance et de la qualité.

La prestation sécuritaire des services et la gestion des risques

Tous les établissements de la santé et des services sociaux de la région ont formé un comité de gestion des risques et le programme ministériel de formation destiné aux membres des comités locaux a stimulé leur mise en œuvre et leur fonctionnement.

En effet, plus de 100 personnes ont participé aux activités de formation animées par les deux formateurs désignés par l'Agence à cette fin. Le degré de satisfaction des participants aux activités de formation est très élevé. Les principaux apprentissages portent sur les diverses façons de mettre en place des mesures de soutien destinées à la fois au comité local de gestion des risques et aux membres de la famille de l'utilisateur.

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

La contention et l'isolement

Dans le but de répondre au plan d'action ministériel adopté en 2002 et de soutenir l'implantation des orientations du Ministère en matière de mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques), l'Agence ainsi que tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont désigné un répondant pour ce dossier.

En 2003, un état de situation régional permettait d'évaluer les actions entreprises par les établissements dans le dossier des mesures de contrôle : l'ensemble des établissements s'étaient dotés d'un protocole en matière de mesures de contrôle, assuraient un suivi de ces mesures et avaient dispensé de la formation sur le sujet.

En 2007, un bilan a été réalisé auprès des 13 établissements de la région en regard du niveau d'implantation des orientations adoptées par le Ministère en 2002 en matière d'application des mesures de contrôle. Les résultats de cet exercice démontrent que les 8 CSSS ayant une mission d'hébergement de longue

durée et que 3 des 4 établissements à vocation régionale offrant des services d'hébergement ont implanté avec succès la nouvelle approche proposée par les orientations ministérielles.

Chacun de ces établissements s'est doté d'un protocole d'application des mesures de contrôle à l'intérieur duquel on retrouve un algorithme de décision et a réalisé des activités de formation auprès de son personnel. Bien que nous ne disposions pas pour le moment d'indicateurs communs de mesure, les données fournies par les établissements lors du bilan indiquent une diminution radicale au niveau de l'application des mesures traditionnelles de contrôle de type contention physique et isolement, une augmentation des mesures alternatives et une plus grande implication des proches dans le processus de décision.

Les visites d'appréciation de la qualité

Pour la période concernée, 9 installations appartenant à des établissements exerçant une mission CHSLD et 32 installations RNI ont été visitées dans le cadre du programme des visites ministérielles.

Année	Établissement	Installation visitée	Nombre de lits de l'installation
2004-2005	CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	Centre multiservice Foyer Mgr. Paquin	56
	CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	Centre d'hébergement et Hôpital du Christ-Roi	96
	CSSS du Haut-Saint-Maurice	CSSS du Haut-Saint-Maurice	80
2005-2006	Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.	Foyer Saints-Anges de Ham-Nord	28
	Vigi Santé Ltée	CHSLD Vigi Les Chutes	64
	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Centre d'hébergement du Chêne	122
	Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec	4 ressources intermédiaires 4 ressources de type familial	ND ND
	Centre jeunesse	4 ressources intermédiaires 4 ressources de type familial	ND ND
	CSSS de Trois-Rivières	4 ressources intermédiaires 4 ressources de type familial	ND ND
	CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	4 ressources intermédiaires 4 ressources de type familial	ND ND
2006-2007	CSSS de Maskinongé	Résidence Avallin-Dalcourt	148
	CSSS de Trois-Rivières	Résidence Joseph-Denys	118
	CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	Centre multiservice Foyer La Pérade	40
	Centre jeunesse	Ensemble de l'organisation	ND

Rappelons rapidement que ces visites ont pour but d'apprécier la qualité des services au sein de ces installations et d'évaluer l'état d'avancement des orientations ministérielles concernant le milieu de vie. Pour chacune des visites effectuées, un rapport

comportant des recommandations a été produit. Les établissements sont invités à élaborer un plan d'action pour assurer le suivi de ces recommandations. Le suivi du plan d'action est assuré par la Direction des services sociaux de l'Agence.

LES AFFAIRES MÉDICALES

Effectifs médicaux en omnipratique

La région vit depuis des années avec des difficultés importantes de recrutement et de rétention des médecins, particulièrement en omnipratique. Dans ce domaine la région occupe le dernier rang au Québec en termes d'atteinte de son PREM pour desservir les besoins de service de santé de la population. En effet, selon l'analyse des besoins produites par le MSSS, le taux d'atteinte du PREM en médecine générale a atteint 81 % en 2007. Il était à 77 % en 2004.

Même avec l'ajout de 30 nouveaux médecins en 2007, la population ne peut compter que sur 420 médecins généralistes, alors que l'analyse du MSSS démontre qu'il faudrait 526 médecins E.T.C. pour répondre aux besoins à 100 % de notre population. Il s'agit d'un écart de 106 médecins E.T.C. La région s'était donné comme objectif au cours des 3 dernières années de rejoindre le taux moyen d'atteinte des PREM au Québec qui est de 91 %.

Les répercussions de cette situation sont les suivantes :

- insuffisance de la prise en charge des personnes vulnérables ;
- pression accrue sur les urgences, faute de services médicaux avec et sans rendez-vous accessibles dans la communauté ;
- carences dans les suivis pré et post services spécialisés ;
- difficulté à doter les établissements d'effectifs médicaux suffisants pour les fonctions hospitalières de base (urgence, hospitalisation, etc.) ainsi que pour les services de première ligne (santé mentale, services gériatriques, soutien à domicile, hébergement, etc.) ;
- proportion importante de personnes sans médecin de famille.

Face à cette situation, l'Agence, le DRMG et les CSSS n'ont pas ménagé leurs efforts afin de mettre en place plusieurs actions structurantes avec les médecins. Ces actions ont pour but d'adapter les services aux besoins de la population de leur territoire et d'utiliser les moyens à leur disposition pour maintenir la mobilisation de ceux-ci par une meilleure concertation et harmonisation entre eux, et avec les services offerts par les établissements du réseau de la santé. De plus, nous avons la ferme conviction que la somme des mesures va montrer une région dynamique et attrayante pour la rétention et le recrutement des nouveaux médecins. En résumé, voici quelques mesures dont les résultats sont tangibles :

- La création de TMT dans chacun des 8 RLS dont le président ou son délégué est membre d'office du comité de direction du DRMG ;
- L'appui et le soutien constants à l'accréditation des 17 GMF et des 2 UMF ;

- La répartition équitable des nouveaux postes de médecine dans les 8 RLS et une gestion rigoureuse des activités médicales particulières (AMP) ;
- La participation des directeurs généraux des CSSS à chacune des TMT et l'implication des médecins dans l'organisation des soins des projets cliniques des CSSS ;
- L'implantation graduelle à plus de 100 médecins et infirmières des GMF d'un dossier santé électronique régional; le système a été évalué et choisi par les médecins ;
- En collaboration avec le MSSS, la distribution de 20 forfaits d'accessibilité (20 000 \$) depuis 2004 pour les nouveaux

médecins dans des territoires où la pénurie de médecins est très élevée et le recrutement difficile, et 12 primes d'installation et de maintien destinées au territoire du Haut-Saint-Maurice ;

- L'accès facilité aux services diagnostiques ;

La vigueur des actions du recrutement conduites par les établissements et l'Agence qui ont permis, aussi bien en 2006 qu'en 2007, de recruter le nombre total de nouveaux médecins que permettaient les PREM de ces deux années.

Effectifs médicaux en omnipratique (E.T.C.)

	2003	2004	2005	2006	2007
Médecins en place (E.T.C.)	394	400	404	412	420
Besoins normalisés (E.T.C.)	513	517	519	522	526
Écart selon les besoins	119	117	115	110	106
% d'atteinte du plan d'effectifs de la région	76,8 %	77,4 %	77,8 %	78,9 %	81,0 %
% d'atteinte du plan d'effectifs du Québec	90,2 %	90,8 %	90,4 %	90,7 %	90,7 %

*E.T.C. : équivalent temps plein

Plan d'effectifs en omnipratique

	2003	2004	2005	2006	2007
Objectif de croissance	57	37	30	23	28
Recrutement (avis de conformité)	14	29	27	25	30
Départs	ND	5	16	5	9
Ajout net	ND	24	11	20	21

Recrutement de médecins étrangers parrainés par les établissements

Omnipraticiens	2003	2004	2005	2006	2007
Parrainés par les établissements	20	13	9	9	0
Permis de pratique obtenus	S.O.	S.O.	2	1	1

Nombre de médecins par année de pratique

Années de pratique (2005)	Omnipraticiens
0 à 4 ans	50
5 à 29 ans	277
30 ans et plus	100

Effectifs médicaux en spécialités

Pour les médecins spécialistes, le dynamisme des médecins de la région dans la recherche de nouveaux médecins résidents, la rigueur des règles de gestion et la participation accrue de la région aux travaux des comités de gestion des plans d'effectifs médicaux des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke ont eu pour effet d'améliorer de façon appréciable le recrutement, notamment dans les spécialités de base. La région comptait 276 médecins spécia-

listes (individus) en 2004 et ce nombre est passé à 343 en 2007, ce qui représente l'ajout de 67 nouveaux médecins spécialistes, dont 45 dans les spécialités de base. Parmi ceux-ci, 21 médecins commenceront leur pratique en 2008. À l'exception de quelques spécialités où le manque de médecins est encore présent, l'arrivée des nouveaux médecins améliorera l'accès aux soins spécialisés pour la population, notamment les personnes qui attendent pour un examen diagnostic et une intervention chirurgicale. Bref, le taux d'atteinte du PREM en spécialité est de 92 %, soit 343 sur 373 médecins accordés comme objectif de croissance des effectifs pour notre région.

Effectifs médicaux en spécialité (individus)

	Novembre 2004	Novembre 2005	Novembre 2007
Médecins en place			
- Spécialités de base	170	179	201
- Spécialités régionales	129	136	142
Total	299	315	343
Plan régional d'effectifs			
- Spécialités de base	190	202	210
- Spécialités régionales	152	163	163
Total	342	365	373
% d'atteinte du plan d'effectifs			
- Spécialités de base	89,5 %	88,6 %	95,7 %
- Spécialités régionales	84,9 %	83,4 %	87,1 %

	Février 2004	Novembre 2004	Novembre 2005	Novembre 2007
Recrutement (avis de conformité)	9	23	16	22
Départs	2	3	2	2
Ajout net	7	20	14	20

Recrutement de médecins étrangers parrainés par les établissements

Spécialistes	2003	2004	2005	2006	2007
Parrainés par les établissements	30	24	22	16	0
Permis de pratique obtenus	0	3	2	2	1

Nombre de médecins par année de pratique

Années de pratique (2005)	Spécialistes
0 à 4 ans	41
5 à 29 ans	198
30 ans et plus	76

La formation médicale

L'implantation depuis 2004 d'un campus de formation médicale de l'Université de Montréal en Mauricie est un autre levier déterminant permettant de combler le manque de médecins dans notre région.

L'Université de Montréal et le CHRTR sont responsables de la formation académique et de l'organisation des stages en établissement, autant pour l'externat que pour la résidence. En plus du CHRTR, l'Université de Montréal a conclu des ententes de collaboration avec l'UQTR pour les 3 premières années de formation académique, et avec le CSSS de l'Énergie pour des stages d'externat et de résidence, particulièrement

en médecine interne et en psychiatrie. Depuis juillet 2007, la première cohorte de 32 étudiants en provenance de l'UQTR continue leur formation en médecine au CHRTR.

Deux autres programmes viennent démontrer l'importance qu'accordent les médecins de tous les territoires de la région à s'investir pour former les jeunes recrues. Il s'agit du programme d'enseignement dédié à 2 UMF, une à Trois-Rivières et l'autre à Shawinigan, et du programme de formation médicale décentralisée où la région est passée de 204 mois-stages en 2003 à 850 mois-stages en 2006 dont les médecins étudiants proviennent des facultés de médecine de Montréal, Québec et Sherbrooke.

Programme de formation médicale décentralisée

Spécialistes	2003	2004	2005	2006	2007
Externat et résidence - Mois-stage répartis dans la région	204	390	664	850	1 017

Faculté de médecine de l'Université de Montréal (Campus)

	2004	2005	2006	Estimé 2007	Estimé 2008
Campus de Trois-Rivières					
Pré-med	24	24	24	24	24
Première	—	32	32	32	32
Deuxième	—	—	30	32	32
Externat 1	—	—	—	32	32
Externat 2	—	—	—	—	32
TOTAL	24	56	86	120	152

Les étudiants de pré-med, première et deuxième années reçoivent la formation à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Pour l'externat, les étudiants seront dirigés principalement au CHRTR et au CSSS de l'Énergie (Shawinigan).

Programme de formation Unité de médecine de famille (UMF)

	2004	2005	2006	Estimé 2007	Estimé 2008
Pavillon St-Joseph (Trois-Rivières)					
Nb d'étudiants résident 1	—	—	6	6	9
Nb d'étudiants résident 2	—	—	—	6	9
CSSS de l'Énergie (Shawinigan)					
Nb d'étudiants résident 1	—	—	Implantation	4	4
Nb d'étudiants résident 2	—	—	—	—	4

Les groupes de médecine de famille (GMF)

La région a maintenu son développement dans la mise en place des GMF, notamment dans la région de la Mauricie. En avril 2007, la population pouvait compter sur la présence de 17 GMF installés dans 36 cliniques privées, 171 médecins participants et 36 infirmières dans 7 territoires de RLS de

la région. À quelques exceptions près, l'ensemble des médecins du Centre-du-Québec sont en GMF. En date du 28 avril 2007, les personnes inscrites dans la région sont au nombre de 158 439, soit 33 % de la population totale de la région. Deux nouveaux projets sont en développement, soit le GMF/UMF de Trois-Rivières et la Coopérative St-Cyrille-de-Wendover.

Groupes de médecine de famille (GMF) en Mauricie et Centre-du-Québec

GMF accrédités par territoire	Nombre de sites	Année d'accréditation	Nombre de médecins (incluant médecin responsable)	Personnes inscrites	Personnes inscrites et vulnérables	% personnes vulnérables
RLS du Centre-de-la-Mauricie						
GMF Clinique médicale (Shawinigan-Sud)	1	2004	7	6 518	1 701	26,0 %
GMF Grand-Mère (Shawinigan)	2	2006	9	10 584	3 420	32,0 %
RLS du Haut-Saint-Maurice						
GMF du Haut-St-Maurice (La Tuque)	1	2004	9	4 071	1 070	26 %
RLS de Trois-Rivières						
GMF Les Grès (St-Étienne-des-Grès)	2	2005	7	5 346	2 068	39 %
GMF de Trois-Rivières	1	2007	8	471	135	29 %
GMF – UMF de Trois-Rivières		En préparation (8 médecins)				
RLS de Maskinongé						
GMF Clinique médicale St-Laurent (Louiseville)	4	2005	9	4 472	1 236	28 %
RLS de Bécancour—Nicolet-Yamaska						
GMF St-Léonard (St-Léonard d'Aston)	1	2003	5	5 893	1 254	21 %
GMF Clinique médicale de Nicolet	1	2004	11	10 584	3 754	35 %
GMF de la MRC de Bécancour	3	2005	17	9 797	2 888	29 %
RLS d'Arthabaska et de l'Érable						
GMF Bois-Francis 1 (Victoriaville)	7	2003	20	21 207	4 650	22 %
GMF Bois-Francis 2 (Victoriaville)	4	2003	19	17 106	5 219	31 %
GMF Bois-Francis 3 (Plessisville)	2	2003	8	11 293	2 785	25 %
RLS de Drummond						
GMF Centre médical Drummond	2	2005	6	9 777	2 969	30 %
GMF Centre médical AJC (Drummondville)	1	2004	7	10 182	1 597	16 %
GMF Centre de santé (Drummondville)	1	2004	11	13 084	3 660	28 %
GMF Centre médical St-François (Drummondville)	1	2004	11	13 198	1 781	13 %
GMF Clinique médicale de St-Nicéphore	1	2004	7	5 327	1 891	35 %
Coopérative de St-Cyrille-de-Wendover	1	En préparation				
Région (au 28 avril 2007)	36	—	171	158 439	41 943	26 %
Québec (au 28 avril 2007)	ND	—	1 564	1 058 966	265 370	25 %

LES MESURES D'URGENCE

Le risque nucléaire

- Conception et mise en œuvre en 2007 d'une campagne d'information préventive et de distribution des comprimés d'iode stable à la population des environs de la centrale nucléaire de Gentilly-2 (10 000 personnes), en concertation avec les partenaires de l'Organisation régionale de sécurité civile. Il s'agissait de la seconde opération de communication publique sur le risque nucléaire de cette envergure au Canada, la première ayant été réalisée dans notre région en 2003.
- Formation des intervenants du *Plan de mesures d'urgence nucléaire externe à la centrale de Gentilly-2* sur la protection de la santé : près de 1 000 intervenants formés (policiers, spécialistes de l'environnement, ambulanciers, personnel infirmier, etc.).

Les plans de lutte à une pandémie d'influenza

- Travaux de préparation à une pandémie d'influenza :
 - élaboration par l'Agence d'un modèle de plan régional de lutte à une pandémie d'influenza utilisé par le MSSS et par toutes les agences de la province ;
 - tournée de sensibilisation des établissements du réseau et des partenaires intersectoriels ;
 - forum régional de lancement de la planification pour tous les établissements du réseau ;
 - production d'un plan régional ;
 - production d'un plan local de lutte à une pandémie d'influenza pour chacun des 13 établissements publics et constitution d'une équipe responsabilisée au sein de chacun d'eux.

États d'alerte pour faire face à un sinistre majeur

- Réalisation de plans régionaux d'intervention d'urgence spécifiques :
 - syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ;
 - chaleur accablante.
- Coordination et soutien lors de diverses situations d'urgence, par exemple lors d'une explosion de gaz naturel survenue dans le secteur Pointe-du-Lac de la ville de Trois-Rivières ou suite à un dégât d'eau majeur au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie.

- Tenue d'exercices d'urgence et participation à ceux de l'Organisation régionale de sécurité civile :
 - exercices annuels d'alerte du réseau régional de la santé et des services sociaux ;
 - simulation d'intervention psychosociale suite à un sinistre majeur (2005) ;
 - simulations de déploiement du Plan de mesures d'urgence nucléaire externe à la centrale de Gentilly-2 (2004 et 2005).

SANTÉ PUBLIQUE

Dans le cadre de la mise en oeuvre de la nouvelle loi sur la santé publique et du Programme national de santé publique, l'Agence a adopté, en décembre 2003, son premier *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* avec une forte adhésion de la population et des partenaires intra ou intersectoriels consultés. Ainsi, 5 cibles d'actions prioritaires sont à la base des planifications régionales et locales en santé publique :

- Le développement social et des communautés.
- Le développement des enfants et des jeunes.
- La réduction de la mortalité évitable et des incapacités.
- L'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques.
- La prévention et la vigie sanitaire face aux menaces de santé publique.

Dès le printemps suivant, chaque établissement à mission CLSC a adopté son Plan d'action local de santé publique (PALSP). Les cibles régionales ont été adaptées aux réalités locales. Ainsi, certaines actions spécifiques ont été développées selon les caractéristiques de la population. La mise en place des réseaux locaux et la création des nouveaux CSSS ont favorisé l'intégration des PALSP au projet clinique des CSSS.

Le développement social et des communautés

- Dans la foulée des ententes spécifiques en développement social avec ses partenaires institutionnels et communautaires, la DSP a produit une mise à jour du portrait de santé et de bien-être de ses 281 communautés de la région (quartiers ou paroisses en milieu urbain et villages en milieu rural). Ce portrait a permis, notamment, de classer l'ensemble des communautés de la Mauricie et du Centre-du-Québec en 7 catégories distinctes. L'une de ces catégories, soit la catégorie des communautés problématiques (grande défavorisation, problèmes de mortalité et présence disproportionnée de problèmes sociaux) compte une dizaine de quartiers vulnérables où ont été mises en place des interventions territoriales intégrées en matière de revitalisation et de lutte contre la pauvreté. Sur un autre plan, le document portant sur le portrait des communautés régionales a soutenu la préparation des projets cliniques des 8 RLS de la région au regard de l'organisation des services de santé et des services sociaux, cela, plus particulièrement, en fonction d'une approche populationnelle visant la prise en compte des caractéristiques et des besoins de leurs différentes collectivités locales.

- À l'égard du volet sécurité alimentaire, en 2003, il y a eu consolidation de projets s'inscrivant dans l'implantation de la stratégie gouvernementale de lutte contre la pauvreté. Depuis 2005, 16 organismes communautaires répartis sur l'ensemble des territoires des CSSS bénéficient d'un financement récurrent à cet égard.

Le développement des jeunes et des enfants

- L'Initiative Amis des bébés a pour objectif d'augmenter le nombre de mères qui allaitent. Tous les établissements à mission CH ou CLSC et la Maison des naissances ont bénéficié d'outils et de formation de base en allaitement.
- La consolidation des services intégrés en périnatalité à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité se poursuit en rejoignant environ 1 500 familles annuellement. La Mauricie et le Centre-du-Québec rejoint plus de familles que la cible fixée pour ces services (78 % comparativement à 70 %).
- Tel que prévu dans le cadre de l'entente de collaboration entre le MSSS et le MELS, les CSSS, conjointement avec les commissions scolaires de leur territoire, ont déposé leur plan de déploiement local qui identifie les stratégies d'implantation de l'approche École en santé. Au cours de la dernière année, différentes activités de promotion, sensibilisation et formation ont été organisées régionalement afin de soutenir la mise en oeuvre de l'approche. Près de 70 intervenants des réseaux de la santé et de l'éducation ont participé aux ateliers d'appropriation et 50 écoles sont en démarche d'implantation.

La réduction de la mortalité évitable et des incapacités

- Au regard du tabagisme, l'approche globale de lutte contre le tabagisme auprès des jeunes a favorisé la mise en œuvre d'actions pour la prévention de l'initiation au tabagisme, l'abandon de la consommation du tabac et la protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans les écoles primaires et secondaires et les organismes communautaires fréquentés par les jeunes. Des interventions ont aussi permis le déploiement, l'intensification et la promotion des services d'abandon du tabagisme par les centres d'abandon du tabagisme présents dans chacun des territoires locaux de la région (430 interventions en 2004-2005 et 875 interventions individuelles et 14 de groupes en 2006-2007). De plus, l'Agence a soutenu activement la promotion des campagnes *Défi J'arrête, j'y gagne!*, *Famille sans fumée* et *Roulez sans fumée*.
- En matière d'activité physique, les activités sont orientées vers la promotion, le soutien, la mobilisation et la concertation pour le développement d'environnements favorables à la pratique régulière d'activité physique par diverses activités

de communications et interventions avec les milieux : scolaire, municipal, communautaire et de travail.

- En prévention des chutes à domicile, des formations pour le programme PARACHUTE et le *Programme intégré d'équilibre dynamique* (P.I.E.D.) ont été réalisées. Elles ont permis l'intégration du volet activité physique à l'intérieur du service de prévention des chutes des CSSS. Notre document *Orientations et cadre de référence du Service de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile*, produit en 2005, constitue désormais la base sur laquelle s'appuie l'ajustement local des services de prévention des chutes auprès des 50 ans et plus.

L'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques

- En matière de pratique clinique préventive, la région s'est inspirée de sa participation au *Projet québécois de dissémination en santé du cœur* pour le lancement régional, en 2005, du Programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION (0 tabac, 5 portions de fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour). Depuis, tous les CSSS ont un porteur de dossier, soutenu par l'Agence, qui incite les professionnels de la santé à intégrer de courts messages préventifs dans leur pratique quotidienne à la fois dans les CSSS et les GMF de la région.

La prévention et la vigie sanitaire face aux menaces de santé publique

Les infections nosocomiales

- En ce qui concerne les infections nosocomiales et le *Clostridium difficile* en particulier, des visites de tous les établissements à mission CH ont été réalisées dans le contexte de la recrudescence de *Clostridium difficile* à l'automne 2004. Ces visites ont conduit à des recommandations concernant notamment le rehaussement des équipements, à des projets d'immobilisation lorsque nécessaire et à l'élaboration d'un plan d'action. Une visite additionnelle en mars 2005 et une enquête professionnelle en novembre 2006 ont été faites dans 2 établissements éprouvant des difficultés particulières afin de leur apporter du soutien. En décembre 2006 et janvier 2007, des visites d'appréciation de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales ont été de nouveau réalisées par la DSP. Un rapport de ces visites, incluant un ensemble de recommandations a été transmis à chacun des établissements concernés. Un rapport régional a aussi été produit et présenté au comité de vigilance et de la qualité de même qu'au conseil d'administration de l'Agence.
- Une table régionale de prévention des infections nosocomiales a été mise sur pied. La validation d'un protocole régional de prévention et de contrôle du *Clostridium*

difficile pour les centres hospitaliers de courte durée et les centres d'hébergement de soins de longue durée et la création d'outils de communication (ex. : affiche illustrant le lavage de mains) comptent parmi les réalisations de cette table.

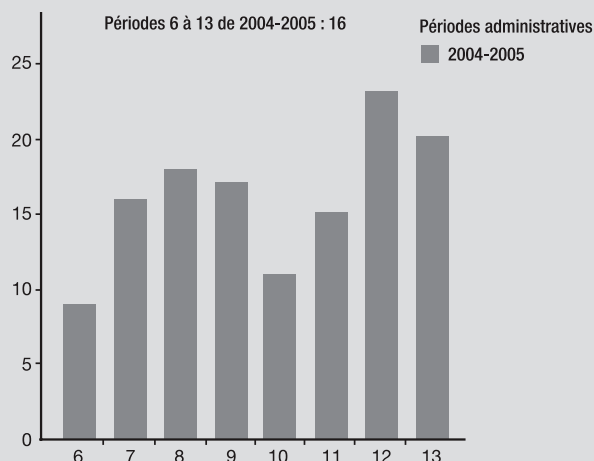
- De plus, une surveillance continue de l'incidence du *Clostridium difficile* est exercée et la mise en place des mesures de contrôle lors d'éclosions est assurée en appui aux établissements.
- Ces diverses interventions ont permis une diminution de 37 % des nouveaux cas de *Clostridium difficile* entre août et

mars de 2004-2005 et la même période en 2005-2006. Nous avons noté une augmentation de 10 % de l'incidence de diarrhées associées au *Clostridium difficile* en 2006-2007, qui est en lien avec les difficultés rencontrées dans 2 de nos établissements dans les 6 dernières périodes de l'année. Une amélioration de 19 % a tout de même été obtenue comparativement à 2004-2005.

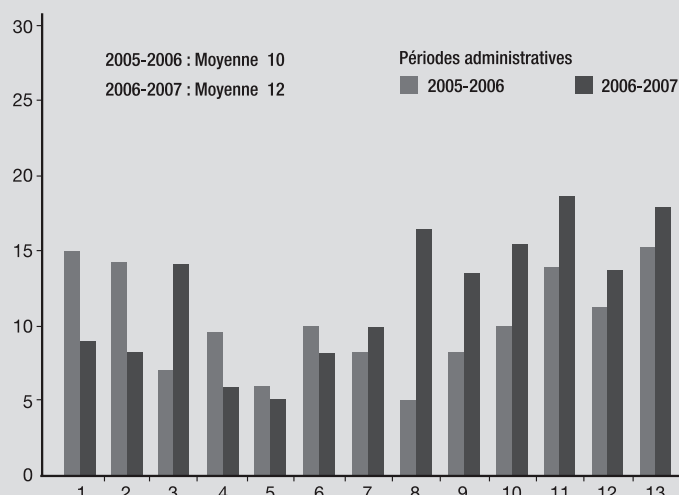
- De plus, une section du site Internet de l'Agence concernant le *Clostridium difficile* a été ajoutée et est régulièrement mise à jour afin d'informer autant les professionnels que la population sur la situation régionale et fournir des renseignements sur le sujet.

Taux d'incidence de DACD d'origine nosocomiale par 10 000 patients / jour pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Taux d'incidence de la DACD par 10 000 patients-jours
Région Mauricie et Centre-du-Québec
Début du programme de surveillance 22 août 2004 Périodes 6 à 13 de 2004-2005



Taux d'incidence de la DACD par 10 000 patients-jours
Région Mauricie et Centre-du-Québec comparatif 2005-2006 et 2006-2007



La vaccination contre l'influenza

- Depuis l'année 2003, une nouvelle catégorie de vaccination et 2 nouveaux programmes se sont ajoutés au calendrier régulier de vaccination :
 - saison 2004-2005 : ajout de la vaccination contre l'influenza pour les enfants âgés de 6 à 23 mois et leur maisonnée ;

- décembre 2005 : introduction du vaccin conjugué contre le pneumocoque pour les enfants âgés de 6 à 59 mois ;
- janvier 2006 : introduction de la vaccination contre la varicelle pour les nourrissons âgés d'un an.

- La région gère toujours efficacement une quantité importante de produits immunisants. Depuis 2000-2001, la région atteint largement les normes du MSSS.

Évolution du taux de couverture vaccinal (TCV) - Programme de vaccination contre l'influenza Comparaisons des années 2003-2004 à 2006-2007

Catégories	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
65 ans et plus	54,0 %	58,0 %	59,4 %	58,1 %
60-64 ans	39,4 %	40,5 %	41,1 %	42,5 %
6 mois à 23 mois	S.O.	ND	28,7 %	23,6 %
CHSLD (résidents)	ND	ND	82,9 %	87,8 %
CHSLD (travailleurs)	ND	ND	52,3 %	62,8 %
CHCD (travailleurs)	ND	ND	46,9 %	42,1 %

Note : Les données pour les 65 ans et plus sont pour les personnes vivant dans la communauté, à l'exclusion des CHSLD.
Les taux de couverture vaccinale ne sont disponibles que pour le programme de vaccination contre l'influenza.

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

À l'égard des ITSS, les services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang ont tous été implantés dans les CSSS. Le programme national d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires a aussi été implanté. Du soutien a été apporté aux CSSS pour réaliser l'intervention auprès des personnes atteintes d'infection génitale à *chlamydia trachomatis* et de leurs partenaires. Entre 2005-2006 où ces données sont disponibles et 2006-2007, davantage d'activités de dépistage et d'intervention de vaccination ont été réalisées auprès des personnes à l'extérieur des établissements (respectivement 69 % et 58 % de plus).

Les intoxications accidentelles

- Une vaste campagne de prévention des intoxications accidentelles au monoxyde de carbone a été menée auprès des médecins. Les activités réalisées de 2004 à 2006 visaient la sensibilisation sur la sécurité et les mesures préventives dans les établissements et à la maison, l'importance de disposer d'un avertisseur de monoxyde de carbone et de déclarer les intoxications.

La qualité de l'eau

- Une tournée de promotion a été réalisée auprès des préfets des MRC et des maires des municipalités afin de les sensibiliser aux liens entre la santé et la qualité de l'eau et de promouvoir les moyens concrets de réduction des risques sur la santé (ex. : bandes riveraines). Cette démarche s'inscrit dans le cadre des activités du comité multipartite agricole du Centre-du-Québec auquel participe la DSP.

Les avis du directeur de santé publique

- La DSP a aussi rédigé des avis de santé publique lors d'études d'impacts et de consultations publiques dans le cadre d'audiences publiques du Bureau d'audiences en environnement (BAPE) sur les risques technologiques, l'énergie et les infrastructures routières. Mentionnons notamment, les projets de modification des installations de stockage des déchets radioactifs et réfection de Gentilly-2, d'implantation d'une centrale de cogénération à Bécancour, de l'oléoduc Pipeline St-Laurent entre Lévis et Montréal-Est de même que les consultations publiques sur le Plan de développement durable du Québec et sur la production porcine, le programme d'épandage de phytocides par voie aérienne en milieu forestier en Haute-Mauricie ainsi qu'un mémoire lors de la commission sur l'avenir de l'agriculture et de l'agroalimentaire québécois.

La santé au travail

- La CSST confie au réseau de la santé, par l'entremise du directeur de santé publique, le mandat de la santé au travail tel que prévu à la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Dans le cadre de projets régionaux/provinciaux ou lors d'activités en lien avec le programme de santé spécifique à l'établissement ou lors de demandes de services :
 - pour l'année 2003, 947 établissements ont été rejoints ;
 - pour l'année 2004, 823 établissements ont été rejoints ;
 - pour l'année 2005, 839 établissements ont été rejoints ;
 - pour l'année 2006, 781 établissements ont été rejoints.
- En ce qui concerne le *Programme pour une maternité sans danger*, 2 088 demandes d'étude de postes ont été réalisées en 2003 et 2 463 demandes en 2006, soit une augmentation de 18 % en 3 ans.
- En 2005 et 2006, des interventions en lien avec les risques biologiques ont eu lieu dans 63 municipalités pour informer et vacciner les travailleurs des eaux usées et les éboueurs.
- En 2005 et 2006, 105 établissements ont été visités afin de déterminer s'il y avait utilisation d'amiante. De plus, 665 travailleurs de la construction ont été invités à passer en début 2007 une radiographie pulmonaire afin de dépister l'apparition de maladies professionnelles.
- L'année 2006 a permis aux intervenants de la santé au travail de recevoir la formation (> 500 jours – personnes) pour le nouveau SISAT. De nombreux travaux ont aussi eu lieu pour préparer la signature d'ententes de gestion entre la CSST et l'Agence, puis entre l'Agence et les 3 CSSS desservant les entreprises de la région.

LES SERVICES GÉNÉRAUX

Info-Santé

- Le service Info-Santé est centralisé depuis mars 2005 regroupant ainsi la réponse à tous les appels de la population au même lieu, soit au CSSS de Bécancour–Nicolet–Yamaska. En plus de cibler la réduction des délais d'attente, la centralisation permet l'harmonisation de l'information destinée à la population, l'amélioration de l'organisation du travail du personnel infirmier et, finalement, en lien avec les médecins des GME, de prendre le relais de la garde 24/7 pour la clientèle vulnérable. De plus, les services d'Info-Santé assurent la réponse d'appels Info-Social en dehors des heures régulières d'ouverture des 8 CSSS de la région.
- Au 31 mars 2007, le service compte sur 54,2 E.T.C. infirmières dotées de plus en plus d'une expertise de pointe afin d'assurer un haut standard de réponse à la population. D'autre part, l'Agence, en collaboration avec le CSSS de Bécancour–Nicolet–Yamaska, a accepté en octobre 2006 le mandat d'être la région pilote provinciale pour l'accès téléphonique 811.
- En 2006-2007, la centrale Info-Santé/Info-Social a reçu 235 432 appels, soit 3 724 appels de plus que l'année 2005-2006. Le temps d'attente avant d'avoir accès à une infirmière s'est nettement amélioré, ce qui a permis de réduire le taux d'appels perdus de 42 % à 21 %. Cela s'explique, entre autres, par la mise en place de la ligne 811 qui facilite l'accès aux services et la diminution du temps d'attente avant de parler à une infirmière.
- En somme, malgré une augmentation moyenne du nombre d'appels, autant pour le volet santé que pour le volet social, le service régional Info-Santé a réussi à maintenir une très bonne performance depuis les dernières années. Il faut aussi noter que depuis février 2007, les centrales Info-Santé du Québec sont reliées entre elles pour permettre à la population du Québec d'avoir accès à une infirmière lorsque le délai d'attente réponse dépasse 4 minutes.
- Par ailleurs, depuis la mise en œuvre du projet pilote (811) le 30 octobre 2006, on constate une augmentation du volume d'appels hebdomadaire d'environ 48 % sans que la performance du service soit affectée de façon significative.

Info-Santé

Objectifs de résultats	Mauricie et Centre-du-Québec			Cibles	Ensemble du Québec 2005-2006
	2004-2005	2005-2006*	2006-2007		
Améliorer le taux d'utilisation par 1 000 personnes	374	283	390	390	304
Réduire la perte d'appel à 15 %	35 %	42 %	21 %	15 %	27 %
Garantir un accès au service dans un délai de moins de 4 minutes	74 %	68 %	75 %	80-100 %	73 %
Réduire le délai moyen d'attente (minutes)	3,1	3,7	3,1	4 et moins	3,2
Durée moyenne de conversation (minutes)	9,4	8	8,35	Entre 8 et 12	10,25

* L'année de la centralisation de l'ensemble de la réponse téléphonique

Info-Social

- La centrale Info-Santé / Info-Social de la région offre présentement un service de réponse téléphonique aux personnes ayant des besoins de nature psychosociale les soirs, les fins de semaine et les jours fériés. De plus, 9 intervenants sociaux sont disponibles dans la région pour se rendre au domicile des personnes en situation de crise. Ce service est un prolongement des services sociaux courants offerts par les établissements de santé et de services sociaux en dehors des heures d'ouverture.
- En 2006-2007, la centrale régionale a reçu 8 173 appels de la population et 3 % de ces appels ont nécessité 270 interventions à domicile. L'augmentation constante du nombre d'appels et du nombre d'interventions à domicile démontre que ce service répond à un besoin réel de la population lorsque surviennent des situations de crise. Les raisons d'appels à Info-Social sont le plus souvent reliées à des troubles anxieux ou à des problèmes de santé physique.

Info-Social (en dehors des heures régulières)

Année	Nombre d'appels*	Nombre d'appels à un intervenant terrain	Nombre de sorties terrains
2003-2004	6 291	136	61
2004-2005	6 015	164	119
2005-2006**	4 940	238	172
2006-2007	8 173	311	270

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

** La centralisation d'Info-Santé 24/7 a engendré une augmentation du nombre d'appels au service Info-Social.

Les services psychosociaux

- Ces services offerts par les CSSS ont augmenté annuellement entre 2003-2004 et 2006-2007 passant de 4 284 à 4 995 personnes desservies, soit un écart de 17 % entre ces années. L'intensité de services est demeurée constante affichant une moyenne d'interventions par usager d'environ 3,5.

- Un budget de 27 000 \$ a été alloué pour la création d'une pièce de théâtre, en 2004-2005, sur la violence dans les relations amoureuses destinée aux élèves des niveaux de secondaire 2 et 3 : « La petite voix ».
- Un budget de 53 700 \$ a été attribué pour la diffusion, en 2005-2006, de la pièce de théâtre « La petite voix » auprès de 30 écoles secondaires de la région.

La violence conjugale

Comparativement à 2004, les plaintes de victimes de violence conjugale ont connu une hausse de 21 % en 2005, alors que le Québec déclarait une augmentation de 3 %.

- Depuis 2003-2004, les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale ont connu une hausse de financement de 30 % et les centres de femmes de 42 %.

- Formation intersectorielle sur le Projet de loi 180 portant sur « Comment réagir lorsqu'une personne est en danger ? ».
- Formations, depuis 2004, des intervenants des CSSS sur l'identification précoce de la violence conjugale.
- En février 2007, adoption par le conseil d'administration de l'Agence d'un plan d'action régional 2007-2009 en matière de violence conjugale.
- En 2004 et en 2005, campagne de promotion auprès de la population sur les services pour les victimes d'agression sexuelle :
 - diffusion d'une capsule publicitaire dans les médias radiophoniques et télévisuels ;
 - diffusion de 4 chroniques dans les médias écrits.

Les agressions sexuelles

- Bien que l'ampleur des agressions sexuelles soit très difficile à quantifier, les services policiers de la région ont connu une hausse de 20 % de plaintes de victimes d'agression sexuelle en 2005, comparativement à 2004, alors que le Québec déclarait une augmentation de 14 %.
- Rédaction et diffusion à toutes les agences de la santé et des services sociaux (en 2003) d'un document du MSSS de formation sur l'intervention psychosociale destiné aux intervenantes et intervenants des équipes médicosociales et des autres secteurs devant répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle.
- Réalisation d'un portrait des activités de prévention en milieu scolaire de la violence dans les relations amoureuses et des agressions sexuelles.
- En 2004-2005, tournée d'information sur les services d'intervention médicosociale en centre désigné, auprès des partenaires, notamment les enquêteurs de la Sûreté du Québec et de la Sécurité publique de Trois-Rivières.
- En 2004-2005 et 2005-2006, un montant de 25 000 \$ a été consacré à la coordination intersectorielle régionale en violence conjugale.
- En 2006-2007, Journée régionale intersectorielle d'information sur les drogues du viol, 150 personnes y ont participé.
- En 2006-2007, mise en place d'un protocole d'intervention auprès des enfants agressés sexuellement (Centre jeunesse, centres désignés).
- En 2006-2007, journée de formation sur l'intervention psychosociale auprès des enfants agressés sexuellement et qui reçoivent des services en centres désignés.
- En 2006-2007, mise en place d'un groupe de codéveloppement (CSSS – Centre jeunesse) pour venir en aide aux enfants de 6-12 ans agressés sexuellement.

SOUTIEN À DOMICILE POUR L'ENSEMBLE DES PROGRAMMES-SERVICES

Les services à domicile sont offerts à la population régionale sous différents modes et dans le cadre de différents programmes-services. Les principaux producteurs de services sont les CSSS et les entreprises d'économie sociale et aide domestique. Le service peut aussi être donné par une personne choisie par le demandeur et ainsi recevoir une aide sous forme de Chèque-emploi service ou de gré à gré. Dans la région, tous ces modes de prestations de services à domicile ont connu une augmentation importante au cours des 4 dernières années.

- Le nombre de personnes rejointes pour l'ensemble des services à domicile offerts par les CSSS a augmenté de façon constante dans la région. Entre 2003-2004 et 2006-2007, la région affiche une augmentation de 19 % rejoignant 26 359 personnes à domicile dans la dernière année. Ainsi, tous les CSSS affichent une augmentation de cette clientèle,

allant jusqu'à plus de 25 % pour 3 CSSS de la région de Bécancour-Nicolet-Yamaska, de la Vallée-de-la-Batiscan et de Trois-Rivières.

- En plus de connaître une augmentation de clientèle, l'intensité des services donnés par les CSSS s'est aussi améliorée en moyenne de une intervention à domicile par personne pour une moyenne de 18,3 interventions par personne par année. En règle générale, les CSSS affichant une plus faible augmentation de leur clientèle à domicile montrent une progression d'intensité plus importante allant, en moyenne, jusqu'à 2 ou 3 interventions de plus par personne.
- Entre 2004-2005 et 2006-2007, le total des budgets de développement accordés pour la production de services à domicile par les CSSS a été de 3 804 750 \$.

Budget de développement alloué aux services à domicile pour certains programmes-services	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Perte d'autonomie liée au vieillissement	2 253 000 \$	42 000 \$	950 000 \$
Déficiences physique	366 350 \$	84 000 \$	--
Déficiences intellectuelle	109 400 \$	--	--
Total pour ces trois programmes-services	2 728 750 \$	126 000 \$	950 000 \$

Financement accordé aux services à domicile par programme-services	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Perte d'autonomie liée au vieillissement	17 518 819 \$	17 811 492 \$	19 470 379 \$
Déficiences physique	7 652 912 \$	7 847 353 \$	8 310 103 \$
Santé physique	5 973 915 \$	6 059 190 \$	6 230 666 \$
Services généraux	4 422 544 \$	4 485 674 \$	4 612 619 \$
Déficiences intellectuelle et trouble envahissant du développement	1 003 148 \$	1 017 467 \$	1 046 261 \$
Santé publique	567 516 \$	575 617 \$	591 907 \$
Santé mentale	267 026 \$	270 838 \$	278 502 \$
Total du financement accordé au soutien à domicile par programme-services	37 405 880 \$	38 067 631 \$	40 540 437 \$

Note : Le financement présenté dans ce tableau reflète, en plus des budgets de développement, l'indexation et les autres modes de prestation de services à la personne aidante (répit, dépannage, gardiennage, surveillance ou soutien aux parents), ainsi que les services à la personne (principalement pour de l'aide domestique).

PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Le plan d'action régional sur le vieillissement 2005-2010

- Le conseil d'administration de l'Agence a procédé à l'adoption, en décembre 2005, du plan d'action vieillissement 2005-2010 intitulé *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées en Mauricie et au Centre-du-Québec*.
- Ce plan d'action s'appuie sur une large consultation des différents acteurs concernés. Des proches aidants de tous les territoires ont été rejoints par la tenue de groupes de discussion, ce qui a permis de mettre en lumière leurs besoins et de prévoir des mesures concrètes de soutien et de reconnaissance.
- Ce document présente 9 défis et 33 stratégies qui y sont associées. Il constitue les orientations régionales pour les 5 prochaines années et un intrant majeur dans la planification de sa mise en œuvre locale par les CSSS.
- Dans le cadre d'un de ces défis, l'Agence a animé des travaux visant à améliorer la fluidité des services du continuum géro-geriatrique dans le grand Trois-Rivières, en collaboration avec les établissements concernés, soit : le CSSS de Maskinongé, le CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan, le CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska, le CSSS de Trois-Rivières, le CHRTR et le Centre de réadaptation InterVal. Une expérimentation du monitoring des délais d'accès à l'hébergement et aux services en UCDG et URFI est en vigueur. L'objectif est d'assurer la prise en charge par le service concerné des personnes hospitalisées dont les soins actifs sont terminés dans un délai de 72 heures dans 80 % des cas.

L'harmonisation de l'évaluation des personnes en perte d'autonomie

- En 2003-2004, 578 intervenants ont été formés à l'utilisation de l'OÉMC. Au 31 mars 2007, le nombre total d'intervenants formés atteignait 1 435. C'est donc dire que les personnes requérant des services sont évaluées avec le même outil par des intervenants qui en ont une même compréhension.
- Le projet « Monitoring du profil clinique ISO-SMAF » a été réalisé à l'automne 2004 pour les usagers du SAD, et les résidents de RA, RI et CHSLD. Près de 7 754 évaluations cliniques (OÉMC section SMAF) ont été effectuées auprès d'autant de personnes. Ce projet a permis de tracer un portrait des usagers et des résidents et de suivre l'évolution des besoins de la clientèle dans tout le continuum de services géro-geriatriques. Les résultats nous démontrent que chaque service répond aux besoins pour lesquels il a été mis en place. On observe une gradation et une spécificité propre à chaque ressource (SAD-RA-RI-CHSLD).
- Depuis avril 2004, le profil ISO-SMAF supporte la prise de décisions aux mécanismes d'accès à l'hébergement dans chacun des 8 territoires. Un logiciel a été déployé à cet effet (E-SMAF).

Le soutien en milieu de vie naturel :

- En 2006-2007, 11 760 personnes ont reçu des services à domicile dispensés par les CSSS, ce qui représente 15 % des personnes en perte d'autonomie, légèrement en deçà de la cible 2010 (16 %).
- En moyenne, 23 interventions par année sont données à ces personnes à domicile par les CSSS. S'ajoutant aux interventions des CSSS, un volume important d'aide à domicile est offert par les entreprises d'économie sociale et d'aide domestique ou par des personnes choisies (Chèque emploi-service ou services gré à gré). En considérant ces fournisseurs de services, une personne en perte d'autonomie a reçu une moyenne de 27 interventions à domicile en 2006-2007.
- L'hébergement temporaire permet de supporter les proches aidants en leur offrant un répit disponible en CHSLD ou en RNI. Entre 2004-2005 et 2006-2007, les jours-présence réels en CHSLD ont augmenté de 8 % (572 jours-présence de plus).
- Les services ambulatoires gériatriques permettent l'évaluation et la réadaptation des personnes afin de récupérer le maximum d'autonomie. La clientèle a augmenté de 28 % sur 4 années passant de 1 381 à 1 768 personnes desservies annuellement.
- Les centres de jour visent à maintenir des capacités et fonctions des personnes, l'amélioration de leur affect de même que leur intégration sociale, et ce, tout en procurant une forme de répit aux proches aidants. Bien qu'affichant une légère diminution de clientèle, 1 757 personnes ont été desservies en 2006-2007.

Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD et en RI

- L'Agence travaille, de concert avec les établissements, à faire en sorte que les CHSLD deviennent des milieux de vie de qualité. Les orientations ministérielles publiées en 2003 ont permis de mieux baliser cette orientation. Le bilan annuel des plans d'action de chaque établissement à vocation CHSLD reflète l'avancement dans l'implantation des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, octobre 2003.
- L'Agence a adopté en 2004-2005 les critères de reconnaissance des ressources intermédiaires. Dix-sept critères sont identifiés et ils constituent autant de mesures de la qualité de ces ressources.

Le recours à l'hébergement

- Afin de répondre aux besoins des personnes qui ne peuvent plus résider à leur domicile, l'Agence s'assure de l'utilisation optimale des places en hébergement en fonction des besoins, en exerçant un rôle de soutien et de vigie aux mécanismes d'accès des CSSS.
- Au cours des dernières années, notre région a reçu un nombre croissant de demandes d'hébergement. De 1 521 demandes en 2003-2004, ce nombre a progressé à 1 629 en 2006-2007, pour une hausse de 7,1 %.
- Chaque année, des ajouts de places en RNI ont été faits pour assurer la fluidité dans le continuum des services. Ainsi, depuis l'année financière 2003-2004, il y a une augmentation de 94 places en RI qui en compte 652 au 31 mars 2007.
- Les services d'hébergement nécessitent des ajustements et l'ajout de places au besoin. Les délais moyens d'attente observés en 2006-2007 sont de 28 jours et plus spécifiquement, ils sont de 20 jours pour un hébergement en CHSLD.
- La clientèle de 65 ans et plus représente 84 % en RNI et 92 % en CHSLD. Les personnes de 75 ans et plus constituent 71 % de la clientèle hébergée en RNI et 79 % de celle en CHSLD.
- Enfin, le financement brut consenti pour chaque place d'hébergement de longue durée a augmenté, passant de 52 380 \$ en 2003-2004 à 56 229 \$ en 2006-2007 (coûts directs et indirects).

Ressources résidentielles privées

En décembre 2006, l'Agence a mis en marche son processus de certification des résidences privées pour personnes âgées par l'assignation d'une équipe de travail dédiée à ce mandat.

Cette équipe s'est dotée d'une vision concertée avec l'ensemble des partenaires concernés, dont les CSSS et les propriétaires de résidences privées, ainsi que les tables des préfets de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le ministère des Affaires municipales et des Régions, le ministère de la Sécurité publique, la Régie du bâtiment du Québec, la Régie du logement du Québec, les milieux associatifs représentant des aînés et des exploitants.

Les projets novateurs en hébergement

Trois projets novateurs à l'hébergement basés sur des ententes de partenariat public, communautaire ou privé, ont été implantés dans le but :

- De permettre aux résidents d'un HLM de demeurer dans leur milieu, malgré des incapacités importantes.
- D'expérimenter un projet de suivi intensif dans la communauté pour personnes atteintes de déficits cognitifs qui vivent en ressource résidentielle privée.

- De soutenir l'approche Carpe Diem en soutien à domicile pour le répit et en centre de jour afin de mieux répondre aux besoins des personnes et de leurs proches aidants à travers les différentes étapes de la maladie d'Alzheimer.

Un quatrième projet novateur est en élaboration et vise à offrir une ressource dans la communauté adaptée aux besoins des personnes plus jeunes, présentant des incapacités sévères suite à un traumatisme cranio-cérébral.

DÉFICIENCE PHYSIQUE

Le volet soutien à domicile

- En 2006-2007, 3 180 personnes ont reçu des services à domicile en déficience physique dispensés par les CSSS, se rapprochant de la cible 2010 fixée par le MSSS à 3 445 personnes.
- En moyenne, 19 interventions par année sont données à ces personnes à leur domicile par le personnel des CSSS. Outre les services professionnels, cette clientèle utilise davantage des services d'aide à domicile. Une intensité importante de ce type de services est offerte par les entreprises d'économie sociale et d'aide domestique ou par des personnes choisies (Chèque emploi-service ou services gré à gré) en Mauricie et au Centre-du-Québec depuis plusieurs années. En considérant ces fournisseurs de services, une personne ayant une déficience physique aurait reçu en moyenne 76 interventions à domicile en 2006-2007.

Le volet adaptation et réadaptation

- Augmentation de 17 % de la clientèle desservie (538 personnes de plus) et d'autant pour les heures totales de prestation de services par le Centre de réadaptation InterVal entre 2003-2004 et 2006-2007. Les 3 679 usagers desservis en réadaptation en 2006-2007 dépassent la cible 2010 établie par le Ministère.
- Attention particulière apportée à la situation des enfants dysphasiques se traduisant par une augmentation du nombre d'enfants ayant reçu des services spécialisés de réadaptation en déficience du langage pour la période de référence soit de 362 à 451, une progression de 25 %.
- Octroi de crédits de développement annualisés à 529 817 \$ en 2004-2005, dont 179 817 \$ pour les enfants dysphasiques afin de soutenir l'amélioration de l'accessibilité des services spécialisés du Centre de réadaptation InterVal.
- Augmentation de 39 % du nombre de personnes ayant obtenu des aides techniques à la vie quotidienne et à la vie domestique entre 2003-2004 (649 personnes) et 2006-2007 (904 personnes) soutenue par un budget additionnel de 155 266 \$.
- Conclusion d'ententes de collaboration entre le Centre de réadaptation InterVal et le Centre jeunesse de même qu'avec le CSDI visant à assurer l'accès et la continuité des services d'orthophonie et d'ergothérapie à l'intention des enfants présentant un trouble envahissant du développement.
- Diffusion par l'Agence en novembre 2005 des balises de la hiérarchisation des services en déficience physique afin de soutenir les partenaires des réseaux locaux de services dans la réalisation des projets cliniques et des ententes de collaboration.

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

	Période de référence				Variation 03-04 / 06-07
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	
Personnes desservies	3 141	3 427	3 825	3 679	17 %
Heures de prestation de services	138 081	152 398	167 770	160 932	17 %

Le volet intégration sociale

- Participation à la mise en place à Drummondville, d'un îlot résidentiel adapté de 12 logements pour des personnes ayant une déficience motrice, conjointement avec le secteur communautaire, dans le cadre du programme Accès-Logis de la Société d'habitation du Québec, avec une subvention récurrente de l'Agence permettant de défrayer les coûts du soutien à domicile et la coordination.
- Confirmation d'un financement récurrent à l'organisme Premier Envol inc. pour la mise en place, à Louiseville, d'un îlot résidentiel destiné à de jeunes adultes ayant une

déficience, permettant de défrayer les coûts du soutien à domicile et la coordination.

- Finaliser l'élaboration du projet d'une ressource résidentielle régionale destinée à de jeunes adultes présentant des séquelles graves d'un traumatisme craniocérébral dans le cadre des Projets novateurs.
- Accès à la « Mesure exceptionnelle de soutien à l'intégration dans les services de garde pour les enfants handicapés ayant d'importants besoins » par la contribution financière conjointe de l'Agence et du ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT (TED)

Le volet soutien à domicile

- Entre 2003-2004 et 2006-2007, la clientèle ayant une déficience intellectuelle desservie par les CSSS a augmenté de 35 %. En 2006-2007, en incluant les services des psychoéducateurs qui ne sont pas compilés dans les ententes de gestion, les CSSS ont desservi 838 personnes présentant une DI à raison de 9 interventions en moyenne par personne. En tenant compte des interventions à domicile des psychoéducateurs et des autres modes de prestation de services à domicile (Chèque emploi-service, EESAD), une personne bénéficie en moyenne de 38 interventions en 2006-2007.
- En 2006-2007, en incluant les services des psychoéducateurs, les CSSS ont desservi 143 personnes présentant un TED à raison de 3 interventions en moyenne par personne. En tenant compte des interventions à domicile des psychoéducateurs et des autres modes de prestation de services à domicile, on constate une moyenne de 13 interventions par personne en 2006-2007.

Le volet adaptation et réadaptation

- Le nombre d'enfants de moins de 6 ans qui reçoivent des services d'ICI a progressé de 36 %, passant de 36 en 2003-2004 à 49 en 2006-2007.
- Tous les enfants ayant un diagnostic de TED se voient offrir 20 heures semaine d'intervention comportementale intensive. Il n'y a aucun enfant en attente de service.
- Le nombre d'enfants 6-21 ans ayant un TED desservis par le CSDI a augmenté de 71 % passant de 119 en 2003-2004 à 204 en 2006-2007.
- Pour sa part, le nombre d'adultes ayant un TED desservis par le CSDI a doublé, passant de 24 en 2003-2004 pour atteindre 49 en 2006-2007.
- Le nombre d'usagers en services spécialisés présentant une problématique DI et TED, majoritairement adulte, a pour sa part progressé passant de 2 064 personnes à 2 111 personnes. Il faut noter ici que cette clientèle est vieillissante et qu'en moyenne plus de 700 usagers desservis sont âgés de 45 ans et plus.
- Pour pallier la pénurie de pédopsychiatres dans la région et pour favoriser un accès plus rapide à l'ensemble des services disponibles pour les jeunes TED et leur famille, d'importants travaux furent menés par l'Agence avec le réseau. Conséquemment, en 2005, ces travaux nous ont conduits à l'implantation de la trajectoire de services pour l'évaluation diagnostique des jeunes TED.

- Entre septembre 2003 et novembre 2005, 37 intervenants du CSDI ont participé au programme national de formation en TED.
- La clientèle vieillissante ou ayant un passé institutionnalisé demande une plus grande spécialisation des ressources de type familial. Quarante places supplémentaires ont été développées afin de répondre à ces besoins particuliers.

Le volet soutien à l'intégration sociale

- L'accès à des mesures exceptionnelles de soutien à l'intégration dans les services de garde pour les enfants handi-

capés ayant d'importants besoins a été rendu possible, en mars 2005, par la contribution de l'Agence et du ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine. L'Agence a versé, entre 2004 et 2006, un montant de 15 424 \$. Sur 23 dossiers d'enfants qui étaient à l'étude, 10 ont été retenus.

- Afin de permettre le déploiement d'une offre de service orientée vers l'atteinte des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, l'Agence a mis en place, en novembre 2005, des balises relatives à la hiérarchisation des services et au partage des responsabilités des établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour le programme-services DI-TED adulte.

JEUNES EN DIFFICULTÉ

Les mesures et programmes mis en place

- Étant donné que la négligence parentale représente environ 50 % des signalements en protection de la jeunesse, l'Agence a confié, au mois de janvier 2004, un mandat à un groupe d'experts afin de concevoir un programme spécifique pour cette problématique. L'Agence, en collaboration avec les partenaires du réseau et plus particulièrement les CSSS, a par la suite, déployé le programme intégré *Faire la courte échelle*. Pour ce faire, en 2005, une répondante a été désignée pour chacun des 8 territoires de CSSS et l'implantation du programme s'est effectuée dans toute la région.
- Le projet pilote d'équipe de quartier *Ensemble pour les enfants* a été implanté en 2004-2005. Ce projet d'une durée de 2 ans dont le budget total est de 715 000 \$ expérimente un modèle d'organisation de services novateur. Une équipe d'intervenants provenant du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec et du CSSS de l'Énergie travaille directement dans un quartier défavorisé de Shawinigan. Il vise l'intégration des services dispensés à des familles en difficulté.

Après un an de mise en oeuvre (2005-2006 à 2006-2007), le projet Ensemble pour les enfants a démontré qu'il permet d'améliorer l'intensité des services. En moyenne, il y a eu 2,9 interventions par période de 4 semaines comparativement 1,2 intervention dans des quartiers similaires à ceux du projet pilote. La coordination des services est aussi favorisée par ce type d'organisation de services. En effet, dans tous les dossiers où d'autres partenaires du réseau de la santé (École, organisme communautaire, établissements de deuxième ligne) étaient présents, il y a eu collaboration entre eux et l'équipe d'intervenants du projet. De plus, dans 96 % des dossiers, un même intervenant a été en contact avec la famille du début à la fin de l'intervention, évitant ainsi la rupture du lien intervenant-client. Finalement, durant cette année de mise en oeuvre le taux de signalement au directeur de la protection de la jeunesse a diminué de 35 % dans les quartiers visés.

- Conçu pour les jeunes présentant un trouble du déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité (TDA/H), le Plan d'action régional *Concentrons nos énergies* s'inscrit dans une démarche de concertation MELS-MSSS, ce qui signifie que les actions préconisées s'actualisent à la fois dans le réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux. Ce plan d'action régional soutient dans un premier temps le déploiement de services d'évaluation et d'intervention intégrés au sein des deux réseaux. Dans un deuxième temps, il rend disponibles des formations aux intervenants des deux réseaux. Jusqu'en 2006-2007, 730 professionnels ont déjà reçu ces formations.

- L'Entente multisectorielle qui fut développée pour les situations d'enfants victimes d'abus sexuels et de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé a permis de rejoindre de nombreux partenaires de la région par des formations et du travail de sensibilisation portant sur ces problématiques. En 2006-2007, 650 intervenants œuvrant auprès de la jeunesse ont bénéficié de séance de sensibilisation.

L'entente a, entre autres, été implantée auprès des communautés autochtones.

- Le projet pilote des *Équipes d'intervention jeunesse* est en cours sur 3 territoires de CSSS soit, de l'Énergie, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Il donne lieu à l'établissement de nombreux plans de services intégrés (PSI) pour la clientèle jeunesse qui se retrouve avec une difficulté d'accès aux services, en raison de problèmes particuliers.
- Entre 2005 et 2007, dans le cadre des activités générées par le plan d'action du Comité stratégique des services à la jeunesse (Entente de complémentarité MELS-MSSS), chaque territoire de commission scolaire a institué un comité local qui voit à réaliser un plan d'action. L'entente de complémentarité donne lieu à des activités conjointes entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation.

Les services en première ligne

- Au regard du nombre de jeunes rejoints par les interventions de première ligne des CSSS, nous pouvons avancer que la cible établie par le Ministère (7,5 %) est atteinte, puisque plus de 10 % des jeunes et leur famille ont été desservis en 2006-2007, soit 9 295 jeunes et leur famille.
- L'intensité de service s'améliore passant de 4 interventions en moyenne par jeune en 2003-2004 à 6 interventions en 2006-2007.

- La santé mentale chez les jeunes a fait l'objet de plusieurs travaux. Le document *Orientations et stratégies régionales relatives aux services en santé mentale pour les jeunes de moins de 18 ans et leurs proches* a été déposé par l'Agence au mois de juin 2006. Il repose sur ce que préconise le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ceci a donné lieu à un investissement de 700 000 \$ en 2006-2007 pour les services jeunesse dans la région. La mise en place de la trajectoire de services intégrés pour les jeunes vivant des problèmes de santé mentale est maintenant amorcée dans chaque territoire de CSSS. Les effets de cette trajectoire se feront sûrement sentir au cours de l'année 2007-2008.

Les services de deuxième ligne

- Le délai d'attente à l'application des mesures à la Protection de la jeunesse a diminué. Il est passé de 42,6 jours en 2004-2005 à 20,1 jours en 2006-2007. Pour les mêmes années, le délai moyen d'attente à l'évaluation est passé de 11,7 jours à 7,7 jours. Finalement, le nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 % était de 14 en 2004-2005 et a été réduit à 5 jours depuis 2005-2006.
- Le nombre de signalements retenus par 1 000 jeunes est plus élevé que la moyenne québécoise, soit 31,3 signalements comparativement à 20,9.
- La Mauricie et le Centre-du-Québec enregistre un taux de placement institutionnel très bas. En effet, 26,2 % des jeunes dont le signalement est retenu bénéficient des services de placement comparativement à 39,2 % pour l'ensemble du Québec.

DÉPENDANCES

La toxicomanie

- Maintien de la répartition annuelle d'une somme de 150 000 \$ aux 8 tables territoriales de concertation en dépendance pour assurer la réalisation d'actions en prévention des toxicomanies auprès de toutes les clientèles, particulièrement les jeunes.
- Organisation de journées de réflexion sur la consommation en milieu scolaire et sur l'abus de médicaments chez les aînés.
- En vue du déploiement des services de première ligne en dépendances :
 - définition en novembre 2005 de la hiérarchisation des services en dépendance servant de guide pour la signature d'ententes entre les CSSS et Domrémy ;
 - définition du panier de services de première ligne ;
 - préparation des formations en vue de l'implantation des services de première ligne, notamment le déploiement du programme Alcochoix Plus.
- Dépassement de la cible 2010 fixée par le MSSS concernant le nombre de jeunes évalués et référés par le mécanisme d'accès aux services jeunesse en toxicomanie (cible 2010 : 253, nombre de jeunes évalués et référés en 2006-2007 : 355).
- Augmentation du nombre de personnes recevant des services de désintoxication en centre d'hébergement opéré par Domrémy Maurice/Centre-du-Québec (de 434 en 2003-2004 à 563 en 2006-2007). Ce service, qui s'appuie sur des corridors de services bien établis avec les urgences des hôpitaux de la région, a reçu en 2005-2006 le prix d'excellence du MSSS dans la catégorie « Intégration des services ».
- Adaptation des services offerts par Domrémy auprès de clientèles spécifiques telles que femmes enceintes ou ayant de jeunes enfants.
- Maintien de l'accès au programme de substitution à la méthadone.
- Implantation, en 2005-2006, d'une ressource communautaire offrant de l'hébergement à Drummondville (Pavillon de l'Assuétude).
- Mise en place et consolidation d'un système de gestion de la clientèle dans les organismes communautaires de la région reconnus pour offrir de l'hébergement.
- Soutien à l'accréditation de ressources communautaires ou privées offrant des services avec hébergement, ce qui a contribué à la certification de 4 ressources communautaires offrant de tels services.

Le jeu pathologique

- Maintien de la répartition annuelle d'une somme de 90 000 \$ aux 8 tables territoriales de concertation en dépendance pour assurer la réalisation d'actions de prévention du jeu pathologique auprès de toutes les clientèles.
- Sensibilisation par les organismes communautaires auprès des employeurs et des responsables des ressources humaines des entreprises de 50 employés et moins des territoires de CSSS de Trois-Rivières, de l'Énergie, de Bécancour–Nicolet-Yamaska, d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de Maskinongé concernant le jeu pathologique et ses conséquences (2004-2005).
- Signature, en 2005-2006, d'une entente avec la Société de développement économique de Drummondville en vue de visiter plus de 300 entreprises manufacturières afin de les sensibiliser sur les conséquences associées aux abus d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent.
- Élaboration d'un programme d'exclusion volontaire en partenariat avec l'Université Laval et la Société des loteries vidéo du Québec en 2005-2006 et expérimentation de celui-ci dans 3 territoires de la région.
- Allocation annuelle de 480 400 \$ à Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec afin d'assurer l'offre de services de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes ayant des problèmes de dépendance au jeu.
- Augmentation de 135 % du nombre de joueurs accédant aux services spécialisés en jeu pathologique offerts par le centre Domrémy (168 en 2003-2004 et 394 en 2006-2007).

SANTÉ MENTALE

Les services aux enfants et aux jeunes (moins de 18 ans)

En novembre 2005, le Comité régional des services jeunesse intégrés, qui est un comité consultatif à l'Agence, adressait à cette dernière ses recommandations quant à la trajectoire de services à préconiser pour les jeunes vivant des problèmes de santé mentale. Cette proposition a été élaborée avec l'implication du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu de l'éducation et des centres de la petite enfance. Elle est importante parce qu'elle sert d'assises, avec le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens, aux Orientations et stratégies régionales relatives aux services en santé mentale pour les jeunes de moins de 18 ans et leurs proches* que l'Agence officialisa en juin 2006. Les trajectoires en santé mentale issues de ces travaux sont maintenant effectives dans les 8 territoires de CSSS de la région.

Préoccupés par l'accès aux services de santé mentale pour les jeunes hébergés en centre de réadaptation, le Centre jeunesse et l'Agence ont convenu en 2005 d'un chantier piloté par le Centre jeunesse qui doit conduire à l'identification des solutions les plus efficaces, efficaces et économiques pour assurer cet accès. La préparation de ce plan et de sa mise en œuvre bénéficie d'un soutien financier récurrent de 75 000 \$. Un investissement substantiel y sera aussi consacré en 2007-2008.

Concernant les services de première ligne en santé mentale, le nombre de personnes de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services des CSSS est passé de 158 en 2004-2005 à 543 en 2006-2007, notamment suite à l'injection par l'Agence de 700 000 \$ en 2006-2007.

Les services aux adultes (18 ans et plus)

L'organisation et la coordination des services - Santé mentale

- La présence d'équipes de première ligne est confirmée dans tous les centres de santé et de services sociaux de la région. Le nombre de personnes de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu de leurs services a augmenté de 63 %, passant de 2 073 à 3 381 personnes de 2003-2004 à 2006-2007.
- L'Agence, avec le soutien des CSSS de la région, a poursuivi l'implantation du service de *soutien d'intensité variable* (SIV) dans la communauté. À cet effet, un cadre de référence régional a été produit au cours de l'année 2006-2007. Ce cadre de référence, qui fait l'objet d'un large consensus régional, vient baliser ce qu'est le SIV et soutenir les établissements dans le déploiement de ce type de service. Un programme de formation est d'ailleurs en cours. Ces actions devraient permettre d'augmenter de façon très significative l'implantation du SIV au cours des prochains mois.

- La présence de 6 équipes de suivi intensif dans le milieu, pleinement opérationnelles sur l'ensemble du territoire, opérées par le CSSS de l'Énergie, a permis d'atteindre 90 % de la cible visée par le plan d'action en santé mentale pour 2010.
- Un réseau d'intervention de crise qui offre des services 24/7 d'intervention téléphonique, d'hébergement de crise, de rencontres face à face dans la communauté et de suivi court terme lorsque requis est en fonction depuis plusieurs années.
- Le CSSS de l'Énergie voit à la gestion déconcentrée dans tous les territoires de la région de 756 places en RTF et en RI.
- Une trentaine d'organismes communautaires offrent une gamme diversifiée et complémentaire de services :
 - 7 groupes d'entraide de personnes ayant un trouble mental offrant aussi des services de centre de jour ;
 - 7 groupes d'entraide de parents et proches ;
 - 5 centres de prévention du suicide ;
 - 7 organismes d'hébergement communautaire ;
 - 2 organismes d'insertion par le travail ;
 - 1 organisme régional de défense des droits ;
 - 1 regroupement régional ;
 - 1 organisme hébergement pour personne suicidaire.

Les actions entreprises

Depuis avril 2004, plusieurs ajustements ont été apportés à l'organisation des services pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.

- Dans le dossier du suicide, plusieurs actions concrètes ont été réalisées dans le contexte de l'adoption des cibles d'action prioritaires, notons :
 - la nomination d'un porteur de dossier à l'Agence qui est responsable de la mise en œuvre, de la coordination et de l'évaluation du plan d'action régional (cibles d'actions prioritaires) ;
 - la désignation d'un intervenant dédié au dossier suicide dans tous les CSSS et centres de prévention du suicide de la région, dans la communauté Atikamekw, au Centre de réadaptation Domrémy, de même qu'au CHRTR.

Les principaux rôles de ces intervenants sont de développer une expertise, être un soutien à leurs pairs et avoir une vigilance face à la problématique du suicide dans leur organisation ;

- le développement et la réalisation d'un programme de formation pour ces intervenants sur une durée de 2 ans (développement de l'expertise et adoption d'un outil régional standardisé d'évaluation du potentiel suicidaire) ;
- le financement de près de 300 000 \$ pour la mise en place d'un organisme d'hébergement desservant la grande région de Trois-Rivières dont l'un des mandats est d'offrir un lieu d'hébergement et de soutenir les personnes en situation de crise suicidaire.
- La réalisation d'un programme de formation en psychiatrie de 28 jours étalé sur 2 ans, pour une deuxième cohorte de 45 omnipraticiens de la région. Un premier groupe de 43 médecins ayant déjà participé à cette formation lors de l'exercice précédent, c'est donc 20 % de l'ensemble des omnipraticiens de la région qui a été formé de façon significative pour intervenir auprès des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Il s'agit d'une réponse originale qui s'est avérée très pertinente pour contrer la pénurie importante de médecins généralistes en Mauricie et au Centre-du-Québec.
- L'évaluation et l'amélioration des services d'intervention de crise, ce qui s'est traduit, entre autres, par l'adoption et l'utilisation de balises beaucoup plus précises quant aux délais d'intervention et au taux de réponse par rapport aux demandes (réponses téléphoniques, interventions face à face, suivi court terme) et enfin, la signature de protocoles d'entente entre les partenaires impliqués afin de préciser les rôles et responsabilités de chacun.
- La mise en place de tables régionales de coordination des actions en santé mentale. Dans le contexte du déploiement du plan d'action en santé mentale, nous avons utilisé ces tables pour faciliter la coordination régionale et l'implantation de plusieurs mesures : soutien d'intensité variable, psychiatres répondants, etc. La région s'est dotée d'une table en psychiatrie (4 chefs de départements et 2 omnipraticiens), d'une table des directeurs de santé mentale de la région et d'une table conjointe Agence et organismes communautaires. Ces instances ont démontré leur pertinence au cours des dernières années afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services pour la population.
- Des investissements significatifs et constants dans le secteur de la santé mentale. Ainsi, de 2003-2004 à 2006-2007, l'Agence a consacré 3,3 M \$ en crédits de développement dans ce secteur, dont :

- 65 % ont été destinés à renforcer les services de santé mentale de première ligne et de suivi dans la communauté offerts par les CSSS (1 959 000 \$) de même que la réponse offerte dans les urgences hospitalières (200 000 \$) aux personnes en crise suicidaire ou psychiatrique ;
- 21 % ont été octroyés aux organismes communautaires (690 000 \$), parmi lesquels des organismes oeuvrant sur la problématique du suicide (165 000 \$) ;
- 14 % ont été accordés pour renforcer les ressources intermédiaires d'hébergement (350 000 \$), la réponse aux jeunes ayant un problème de santé mentale qui se trouvent temporairement hébergés en centre de réadaptation du Centre jeunesse (75 000 \$) et la formation (35 000 \$).

SANTÉ PHYSIQUE

Les services préhospitaliers d'urgence

Dans la révision de son plan d'organisation des services préhospitaliers d'urgence, la région a mis en place et consolidé les différents maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière recommandés par le rapport Dicaire paru en décembre 2000 et prévus dans la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence adoptée en décembre 2002. Ainsi, on constate depuis 2003-2004 :

- Le soutien de l'Agence au développement d'activités de formation en RCR, particulièrement en milieu scolaire.
- La couverture de la région à 100 % par 6 centres primaires 9-1-1.
- L'implantation d'un CCS, tel que prévu par la loi, lequel est opérationnel depuis 2005. Le CCS couvre toute la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il affecte les techniciens ambulanciers paramédics et les équipes de premiers répondants, tout en restant en lien avec l'appelant lorsque la situation le requiert. En 2006-2007, le CCS a reçu 78 800 appels et le budget récurrent alloué au fonctionnement était de 1 948 493 \$.

En mai 2007, le CCS a été accrédité comme centre d'excellence par la National Academy of Emergency Medical Dispatch pour le haut degré de conformité aux standards de qualité lors de l'utilisation des protocoles médicalisés à la prise d'appels.

- La constitution de 27 équipes de premiers répondants dans la région, qui regroupent 194 personnes réparties dans 7 territoires de RLS et qui couvrent particulièrement les municipalités rurales et éloignées. En 2006-2007, 50 nouveaux répondants ont été ajoutés dans le secteur du Haut-Saint-Maurice. Pour la même année, 1 203 rapports d'intervention préhospitalière ont été complétés par les premiers répondants. Plus de 120 premiers répondants ont reçu une formation complète (45 heures à 60 heures) ou une recertification (16 heures) afin d'assurer le maintien de leurs compétences.

Les municipalités rencontrées dans le cadre de la signature d'un nouveau protocole d'entente avec l'Agence et les entreprises ambulancières sont unanimes sur la pertinence de se doter d'équipes de premiers répondants. Entre 2001 et 2007, l'Agence a investi 826 516 \$ dans le soutien aux équipes de premiers répondants.

- Toutes les entreprises ambulancières de la région ont signé le contrat de service avec l'Agence. Le financement direct de l'Agence aux entreprises ambulancières sans les revenus autonomes est de 22 246 502 \$ en 2006-2007.
- Depuis 2003-2004, l'Agence assure la formation et le maintien des compétences des techniciens ambulanciers paramédics afin qu'ils puissent appliquer les protocoles d'intervention clinique en vigueur dans notre région. Ces protocoles sont

déterminés par le MSSS. La formation annuelle varie entre 16 et 24 heures par technicien ambulancier paramédic. Les formations suivantes ont été dispensées :

- Nouvelles normes RCR ;
 - Protocoles d'intervention clinique et traumatologie ;
 - Cessation des manœuvres et méthode de triage « START » ;
 - Glucagon, nitro, aspirine, ventolin ;
 - Épinéphrine ;
 - Formations d'appoint pour les écarts de protocoles.
- Un programme d'assurance qualité a été instauré afin de vérifier la qualité des actes posés par les techniciens ambulanciers paramédics. Il permet également une rétroaction rapide lorsque des lacunes sont identifiées (écarts au protocole). Le programme a permis une amélioration significative en l'espace de 3 ans, le niveau de conformité étant passé de 76 % en 2003-2004 à 97 % en 2006-2007 alors que la cible du MSSS est d'au moins 95 %.
 - Depuis novembre 2005, l'Agence, en collaboration avec le CCS et les entreprises ambulancières concernées, a mis en place de façon graduelle, le déploiement dynamique des véhicules ambulanciers. L'objectif premier de cette nouvelle façon de faire est de réduire le temps-réponse pour les appels d'urgence vitale. Le déploiement repose sur un positionnement des véhicules à des endroits stratégiques 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Actuellement, les véhicules ambulanciers de Trois-Rivières, Shawinigan (incluant le secteur de Grand-Mère), Batiscan, Nicolet, Bécancour et Victoriaville sont en déploiement dynamique. Depuis l'instauration de ce système, le délai moyen d'intervention a diminué d'une minute dans les milieux urbains, et de plus de 3 minutes dans les milieux semi-urbains.

Les services d'urgence

La région analyse depuis plusieurs années, de façon quotidienne, l'achalandage des 8 salles d'urgence.

- Pour la région, l'impact du vieillissement de la population et l'accès très difficile à un médecin traitant ont des conséquences directes sur l'achalandage dans les services d'urgence. Le nombre de patients couchés sur civière était de 60 434 pour l'année 2003-2004 et de 66 850 en 2006-2007, ce qui représente une augmentation de 11 %. Pour les personnes âgées de 75 ans et plus durant la même période, l'augmentation est de 15 %, et pour les patients de santé

mentale, elle est de 27 %. Pour l'ensemble des patients arrivés par ambulance et couchés sur civière, l'augmentation est de 13 %.

- Pour les patients présentant des problèmes de santé mentale, les résultats obtenus au 31 mars 2007 démontrent une baisse des séjours sur civière et dans les délais de 48 heures et plus. Cependant, pour l'ensemble des autres patients couchés sur civière, notamment les personnes âgées, l'ensemble des mêmes indicateurs de séjour et de délai se sont détériorés.
- Un établissement en particulier est confronté à des défis importants et beaucoup d'efforts sont consacrés pour améliorer la situation. En effet, l'Agence et le CCNU ont tenu des rencontres avec le CHRTR et les CSSS du Trois-Rivières métropolitain pour trouver des solutions aux problèmes de la congestion de l'urgence au CHRTR. Plusieurs éléments peuvent expliquer la difficulté du CHRTR à maintenir ses services d'urgence dans les temps et délais ciblés. Le CHRTR, comme urgence régionale, ne détourne pas les ambulances, sauf exceptionnellement pour de très courte durée. Le CHRTR est le centre régional qui est sujet à gérer une occupation des lits très élevée dans un contexte parfois imprévisible d'éclosion d'infections nosocomiales. De plus, tel que demandé par l'Agence, le CHRTR a augmenté considérablement le nombre de chirurgies avec hospitalisation et reçoit davantage de transferts de patients en provenance de la région afin de consolider ses missions régionales et augmenter la rétention de notre population à desservir.

Finalement, un facteur qui est très présent dans le grand bassin desservi par le CHRTR est le manque de médecins de famille qui fait que, souvent, les patients se retrouvent à la salle d'urgence parce que le suivi et la prise en charge en soins médicaux de première ligne sont déficients.

Afin d'assurer que tous les intervenants du grand territoire de Trois-Rivières demeurent centrés sur l'atteinte des cibles de séjour et de délai pour les patients séjournant sur les civières, l'Agence, en collaboration avec le CCNU, le CHRTR et les CSSS, veut intensifier les mesures suivantes :

- Poursuivre la démarche réseau et de partenariat concernant la fluidité de l'accès à l'hébergement, notamment pour les personnes âgées en attente dans les lits de courte durée.
- Travailler, de concert avec les médecins de la TMT afin d'améliorer l'accès aux soins médicaux dans le territoire.
- Poursuivre les actions au CHRTR afin de raffiner sa gestion interne de l'urgence et sa gestion des lits pour améliorer la performance à l'urgence et diminuer la durée de séjour dans les lits de soins aigus en médecine.

- Mettre en priorité l'ajout d'équipes d'infirmiers en infectiologie et d'autres ressources sanitaires afin de prévenir et contrôler les infections nosocomiales, ce qui a été fait de 2005-2006 à 2007-2008.
- Regrouper sous un même toit les ressources ambulatoires et la mise en œuvre des actions concertées pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, ce qui s'est concrétisé en 2007-2008.

Suivi des salles d'urgence – Patients sur civière

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Écart 2003-2007
Nombre total de patients	60 434	61 117	63 423	66 850	10,6 %
Patients sur civière > 75 ans	14 780	14 993	15 201	16 943	14,6 %
Patients en santé mentale	5 020	5 499	6 564	6 390	27,3 %
Patients arrivés en ambulance	27 964	27 659	28 665	31 473	12,5 %
Nombre total de patients hospitalisés	23 432	23 440	23 613	24 933	6,4 %
Patients hospitalisés > 75 ans	8 230	8 309	8 299	9 013	9,5 %
Patients hospitalisés en santé mentale	1 648	1 836	2 289	2 452	48,8 %
Total des patients sur civière de 48 heures +	2 026	2 184	1 663	2 489	22,9 %
Patients sur civière > 75 ans de 48 heures +	777	912	684	1 217	56,6 %
Patients en santé mentale de 48 heures +	299	292	355	237	- 20,7 %

Indicateurs régionaux	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Cibles régionales
Durée moyenne en heure globale	13,7	14,4	14,1	14,7	13,5
Durée moyenne en heure > 75 ans	16,5	17,7	17,3	18,8	14,4
Durée moyenne en heure santé mentale	17,9	18,8	18,6	16,7	17,4
Séjour moyen en heure (48 heures +)	61,4	61,6	61,4	59,5	S.O.
Séjour moyen en heure (48 heures +) 75 ans	59,4	60,3	59,7	59,5	S.O.
Séjour moyen en heure (48 heures +) santé mentale	70,8	71,0	71,8	63,8	S.O.
% de 48 heures	3,4 %	3,6 %	2,6 %	3,7 %	2,0 %
% de 48 heures 75 ans +	5,3 %	6,1 %	4,5 %	7,2 %	3,5 %
% de 48 heures santé mentale	6,0 %	5,3 %	5,4 %	3,7 %	4,7 %

Indicateurs du Québec	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Durée moyenne en heure globale	16,5	15,9	15,4	16,3
Durée moyenne en heure > 75 ans	22,7	21,6	20,6	22,4
Durée moyenne en heure santé mentale	22,6	21,1	20,2	19,8
Séjour moyen en heure (48 heures +)	72,5	71,0	70,7	68,5
Séjour moyen en heure (48 heures +) 75 ans	70,6	69,3	69,3	67,6
Séjour moyen en heure (48 heures +) santé mentale	96,8	93,9	90,6	83,9
% de 48 heures	6,8 %	5,8 %	4,9 %	6,0 %
% de 48 heures 75 ans +	12,2 %	10,4 %	8,9 %	11,2 %
% de 48 heures santé mentale	10,7 %	9,4 %	8,5 %	8,2 %

La traumatologie

- Élaboration et dépôt au Groupe-conseil ministériel en traumatologie par l'Agence d'un plan directeur régional en traumatologie 2006-2009 balisant l'ensemble des maillons du continuum de services en traumatologie.
- Désignation du consortium d'établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CHRT et Centre de réadaptation InterVal) offrant des services aux personnes adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.
- L'Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été choisie comme région pilote pour la mise en place des nouvelles fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie.

- Désignation du consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec (Centre de réadaptation InterVal) pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.

L'accessibilité en chirurgie

- En Mauricie et au Centre-du-Québec, il se fait annuellement 35 400 interventions chirurgicales dans les blocs opératoires, dont environ 32 000 chirurgies codées dans le système Med-Écho. De ce nombre, 66 % sont des interventions réalisées en chirurgie d'un jour.

Nombre de chirurgies produites

	2004 – 2005*	2005 – 2006*	2006 – 2007**	Écart sur 3 ans
Prothèse totale du genou	363	484	506	39 %
Prothèse totale de la hanche	273	341	320	17 %
Autres chirurgies hospitalisées	9 285	9 444	10 362	12 %
Chirurgie de la cataracte	4 076	5 181	5 291	30 %
Autres chirurgies d'un jour	13 637	14 633	15 429	13 %
Total	27 634	30 083	31 908	16 %

* Données du système Med-Écho

** Données épurées selon la nomenclature du système Med-Écho (sauf pour le CHRT).

Source : Gestred (Système de suivi de gestion et de reddition de comptes, MSSS).

- Depuis 2004-2005, des ressources financières importantes ont été consenties aux établissements hospitaliers afin d'augmenter la production de l'ensemble des chirurgies, tout en visant la réduction des délais d'attente.
- Par le biais du projet de loi 33 adopté en 2007, visant à améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés, les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte font l'objet de mécanismes d'accès particuliers, et des actions spécifiques sont initiées par les établissements de la région pour éviter un délai d'attente excédant 6 mois.
- Le défi majeur demeure la réduction des délais d'attente dans l'ensemble des spécialités chirurgicales et l'élimination de l'attente excédant 6 mois pour les prothèses totales du genou, de la hanche et de la chirurgie de la cataracte. Des résultats encourageants sont observés. L'Agence entend poursuivre ses efforts jusqu'à ce que les délais d'accès soient conformes aux standards afin d'offrir à la population les services chirurgicaux dont elle a besoin dans les délais appropriés.

Nombre de patients en attente au 31 mars de chaque année

	2004 – 2005	2005 – 2006	2006 – 2007	Écart sur 3 ans
Nombre total de patients en attente				
Prothèse totale du genou	238	207	165	-31 %
Prothèse totale de la hanche	136	84	90	-34 %
Autres chirurgies hospitalisées	1 069	791	694	-35 %
Chirurgie de la cataracte	564	295	791	40 %
Autres chirurgies d'un jour	4 814	4 429	3489	-28 %
Nombre de patients en attente dont le délai est supérieur à 6 mois				
Prothèse totale du genou	109	54	34	-69 %
Prothèse totale de la hanche	37	24	15	-59 %
Autres chirurgies hospitalisées	282	174	55	-80 %
Chirurgie de la cataracte	38	3	14	-63 %
Autres chirurgies d'un jour	1 703	1 632	798	-53 %

Source : Gestred (Système de suivi de gestion et de reddition de comptes, MSSS).

La lutte contre le cancer

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Le programme régional, sous la responsabilité de l'Agence, est coordonné par le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et repose sur :

- 5 centres de dépistages désignés (Trois-Rivières, Shawinigan, Victoriaville, Drummondville, La Tuque).
- 4 centres de référence et d'investigation (Trois-Rivières, Shawinigan, Victoriaville, Drummondville).

Le taux de participation visé par le programme est de 70 %. Le taux régional est passé de 52 % en 2003 à 59 % en juin 2007 (Québec : 52 %).

Malgré des efforts constants pour recruter des radiologistes, la région vit encore une pénurie de radiologistes et de technologues, limitant l'accès rapide aux services radiologiques et entraînant des délais importants pour les mammographies. De plus, le vieillissement de la population crée une augmentation annuelle importante du nombre de femmes de 50 à 69 ans admissibles au programme.

De ce fait, en août 2004, l'Agence a élaboré un plan d'action et a accordé une enveloppe de 250 000 \$ aux établissements en difficulté afin d'améliorer les délais d'attente tant pour les mammographies de dépistage que les mammographies diagnostiques.

- Ainsi, en 2004-2005, il a été permis de donner priorité à 990 femmes pour passer une mammographie d'investigation à la Clinique Saint-Pascal de Québec et à 138 femmes de passer le même examen à la Clinique Sorel-Tracy.

Afin de maintenir et d'améliorer les délais d'attente en mammographie au Centre-du-Québec, l'Agence a financé des plages horaires supplémentaires au CSSS Drummond et offert un soutien financier pour l'achat d'équipement

pour le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Le CSSS de l'Énergie s'est prévalu des services de la clinique mobile de dépistage.

Nombre de semaines d'attente

	2004	2005	2006	2007
Mammographies de dépistage (Cible MSSS : moins de 4 semaines)				
CHRT	26 semaines	13 semaines	20 semaines	22 semaines
CSSS de l'Énergie	43 semaines	28 semaines	Prescription : aucune Lettre PQD : 2 mois	9 semaines
CSSS Drummond	21 semaines	22 semaines	20 semaines	20 semaines
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	ND	ND	ND	ND
CSSS du Haut-Saint-Maurice	ND	ND	13 semaines	9 semaines
Clinique radiologique Bois-Francs	4 semaines	14 semaines	11 semaines	6 semaines

Malgré un soutien financier de 535 787 \$ accordé par l'Agence en 2006 au CHRT, au CSSS de l'Énergie et au CSSS Drummond pour augmenter la production de mammographies, les listes d'attente demeurent élevées, particulièrement au niveau de la mammographie de dépistage. L'Agence a commencé une évaluation en profondeur du programme et, au cours de la

prochaine année, un plan d'action sera élaboré en collaboration avec les établissements concernés. Notons que le territoire d'Arthabaska-et-de-l'Érable maintient une bonne performance. De plus, les établissements concernés atteignent la cible reliée au délai d'investigation suite à une mammographie de dépistage.

	2004	2005	2006	2007
Investigation suite à une mammographie de dépistage (Cible du MSSS : moins de 2 semaines)				
CHRT	1 semaine	4 semaines	2 semaines	2 semaines
CSSS de l'Énergie	1 semaine	1 semaine	1 semaine	1 semaine
CSSS Drummond	2 semaines	2 jours	3 jours	2 jours
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	1 semaine	Aucune attente	Aucune attente	Aucune attente
CSSS du Haut-Saint-Maurice	ND	ND	3 à 4 jours	3 semaines
Mammographies diagnostiques (Cible régionale : moins de 4 semaines)				
CHRT	16 semaines	36 semaines	18 semaines	5 semaines
CSSS de l'Énergie	14 semaines	12 semaines	Urgent : 2 semaines Autres : 12 semaines	5 semaines
CSSS Drummond	1,5 semaine	2 jours	3 jours	2 jours
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	1 semaine	25 semaines	2 semaines	2 semaines
CSSS du Haut-Saint-Maurice	ND	ND	13 semaines	9 semaines
Clinique radiologique Bois-Francs	1 semaine	1 semaine	1 semaine	3 semaines

Le programme de lutte contre le cancer (PLCC)

Depuis plusieurs années, les établissements de la région se mobilisent pour implanter le PLCC. En septembre 2005, un Groupe-conseil du MSSS a évalué les 4 équipes locales d'oncologie ainsi que l'équipe régionale et recommandé leur désignation à titre d'équipes d'oncologie, car elles ont satisfait aux critères d'évaluation retenus. Il a également reconnu la pertinence de l'équipe satellite en oncologie du CSSS du Haut-Saint-Maurice, rattachée à l'équipe régionale. Les équipes d'oncologie ont été désignées officiellement par le conseil d'administration de l'Agence le 24 octobre 2007.

Parmi les points forts de la région, le Groupe-conseil a noté :

- La pratique exemplaire des équipes de soins palliatifs à domicile des territoires des CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de l'Énergie.
- La pertinence du comité régional des tumeurs animé par l'équipe régionale, supporté par la visioconférence, qui a également reçu une mention de pratique exemplaire par le Conseil canadien de l'agrément des hôpitaux.
- L'implication exemplaire des chirurgiens dans certains territoires, la recherche d'excellence des équipes et leur haut niveau d'engagement à l'égard du programme d'oncologie.

Parmi les résultats atteints dans le cadre de ce programme, on note :

- Le déploiement d'un réel réseau de services intégrés pour lutter contre le cancer, partant de la prévention jusqu'aux soins palliatifs :
 - mise en place de comités d'implantation et de coordination pour lutter contre le cancer dans les territoires où une équipe d'oncologie est en place comprenant les principaux acteurs du continuum de services (de la prévention aux soins palliatifs) et l'élaboration de plans d'action locaux pour lutter contre le cancer ;
 - leadership assumé par l'équipe régionale en oncologie pour soutenir les équipes d'oncologie de la région, assurer le réseautage des partenaires impliqués dans la lutte contre le cancer et consolider les corridors de services régionaux.
- La consolidation des équipes d'oncologie de la région pour qu'elles soient conformes à la composition attendue tant au niveau local que régional :
 - ajout d'intervenants sociaux, de psychologues, d'infirmières pivots en oncologie, d'infirmières et d'infirmière clinicienne, de pharmaciens, de nutritionnistes dans les équipes, selon les besoins (1 259 000 \$ correspondant à 20,5 E.T.C.) ;

- arrivée d'une nouvelle hémato-oncologue pour un total de 7 dans la région ;
- arrivée de 2 radio-oncologues pour un total de 5 dans la région.
- Élaboration, financement et déploiement par l'Agence, en 2005-2006, d'un projet régional visant à soutenir les équipes d'oncologie pour qu'ils optimisent le travail en interdisciplinarité en collaboration avec une firme externe.
- Mise en place d'un comité régional des tumeurs permettant le partage d'expertise médicale au niveau régional et une meilleure collaboration entre les établissements :
 - financement par l'Agence d'un appareil de visioconférence dans chacune des équipes d'oncologie de la région afin que les professionnels des équipes d'oncologie puissent se réunir pour discuter de cas cliniques complexes, améliorer le suivi de la clientèle et déterminer la conduite thérapeutique à privilégier.
- Démarrage à Trois-Rivières de l'Hôtellerie de la Fondation québécoise du cancer du sein.
- Respect, par le CHRTR, du délai prescrit de moins de 4 semaines d'attente avant d'obtenir un traitement de radio-oncologie.

Le programme de néphrologie

L'Agence réaffirme le bien-fondé du modèle régional de déconcentration des services de néphrologie par la mise en œuvre d'un projet novateur de gestion des maladies rénales axé sur la prévention, par la diversification de l'offre de services et par la hiérarchisation des soins et des services.

Plusieurs étapes ont été franchies :

- Mise en place d'un fonctionnement par programme et réaffirmation du mandat régional du CHRTR en néphrologie.
- Adoption par le conseil d'administration de l'Agence des Orientations régionales en néphrologie : cinq orientations assorties de 12 cibles de résultats (décembre 2005) et de la mise en œuvre de ces orientations (décembre 2006).
- Amélioration de l'accessibilité en révisant la procédure d'admissions des usagers des unités satellites des CSSS Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable ainsi que du CHRTR.
- Ouverture d'une clinique d'insuffisance rénale avancée au CHRTR.

- Révision de l'organisation du travail en hémodialyse au CHRTR : enrichissement de la tâche des préposés aux

bénéficiaires (assistants techniques) pour libérer l'infirmière de tâches techniques.

Évolution du volume de la clientèle

CHRTR	2003 – 2004	2004 – 2005	2005 – 2006	2006 – 2007
Hémodialyse hospitalière	126 patients	145 patients	143 patients	166 patients
Hémodialyse semi-autonome	3 patients	3 patients	8 patients	11 patients
Dialyse péritonéale (DPAC)	11 nouveaux cas	20 nouveaux cas	26 nouveaux cas	30 nouveaux cas
• Cycliques	2 patients	4 patients	4 patients	1 patient
• DPAC traditionnelle	29 patients	21 patients	25 patients	29 patients
Clinique d'insuffisance rénale	278 patients	333 patients	276 patients	—
Clinique d'insuffisance rénale stades I-II-III	—	—	—	343 patients
Clinique d'insuffisance rénale stades IV-V	—	—	—	91 patients

CSSS Drummond	2003 – 2004	2004 – 2005	2005 – 2006	2006 – 2007
Hémodialyse en unité satellite	25 patients	35 patients	34 patients	38 patients

CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	2003 – 2004	2004 – 2005	2005 – 2006	2006 – 2007
Hémodialyse en unité satellite	18 patients	20 patients	22 patients	33 patients

Les soins palliatifs

- Un projet pilote est en cours depuis novembre 2005 dans le territoire du CSSS de l'Énergie dont l'objectif est d'améliorer la coordination clinique et administrative des services de soins palliatifs de fin de vie.

L'aspect innovateur de ce projet pilote repose sur une analyse rétrospective de dossiers d'usagers décédés ayant transité entre l'équipe de soins palliatifs à domicile et l'unité de soins palliatifs de l'hôpital. Cette analyse a permis de définir la trajectoire des services sur tout le continuum, de réviser, de réorganiser le travail et la coordination de soins palliatifs. La réorganisation du travail a optimisé le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire et les rôles des intervenants sans ajout de budget récurrent.

- Augmentation de 17 % de la clientèle desservie par les 8 CSSS en soins palliatifs à domicile depuis l'année financière 2003-2004. Le nombre d'usagers desservis est passé de 1 258 personnes 2003-2004 à 1 466 en 2006-2007. On observe également une intensité de services de 19 interventions en

moyenne par usager pour la même année, soit une augmentation de 46 %, par rapport à 2003-2004.

- Le nombre de lits dédiés aux soins palliatifs est supérieur à la moyenne 2005 du Québec (41 lits versus 24 par 500 000).
- Plusieurs actions des CSSS ont contribué à l'atteinte de la cible soit la priorisation de cette clientèle vulnérable, la mise en place d'équipes dédiées aux soins palliatifs, la sensibilisation pour améliorer la référence médicale, l'implantation de lits dédiés aux soins palliatifs dans un territoire qui en était dépourvu et la formation du personnel.

Les maladies chroniques

Clinique de sclérose en plaques

L'année 2006-2007 aura été significative dans la prise en charge de la clientèle de la région par le CHRTR, alors qu'elle avait

recours jusque-là à des services à l'extérieur de la région. Il faut noter que 785 usagers qui étaient inscrits soit à l'Institut neurologique de Montréal, soit référés à Québec, ont été rapatriés à la clinique du CHRTR :

- Consolidation de la clinique de sclérose en plaques, du CHRTR, par le financement d'un poste d'infirmière clinicienne à temps complet.
- Amélioration considérable des délais concernant la prise en charge du processus diagnostique.
- Respect des délais entre le diagnostic et le début d'une thérapie immunomodulatrice dans la région de la Mauricie, pour la clientèle qui a accès à la clinique ou au bureau privé.
- Enseignement précoce face à la maladie et soutien précoce des usagers nouvellement diagnostiqués.
- Collaboration avec le Centre de réadaptation InterVal concernant une clinique de spasticité et des services pour la dysphagie.

Diabète

En 2003-2004, l'Agence a conclu une entente avec la compagnie GlaxoSmithKline pour déployer le projet PRIISME diabète et en assurer la gestion. Ce projet vise particulièrement les clientèles vulnérables atteintes de maladies chroniques, dans une optique de promotion de saines habitudes de vie et d'autonomisation (*empowerment*). Il permet de mieux dépister, traiter et outiller les personnes atteintes de diabète et de prédiabète dans la région.

Les résultats atteints en 2006-2007 sont :

- Mise en place d'un site Internet pour héberger cet outil d'enseignement comprenant 9 modules d'enseignement, une liste des ressources pour les personnes atteintes du diabète, le mode de distribution des modules et un plan d'enseignement.
- Diffusion de l'outil aux établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec permettant d'harmoniser l'enseignement offert à cette clientèle et d'uniformiser l'information en fonction des lignes directrices 2003 de l'Association canadienne du diabète.
- Élaboration et diffusion d'outils d'enseignement dérivés dédiés aux médecins et autres intervenants pour faciliter leur enseignement.

- Interventions par GlaxoSmithKline auprès des groupes de médecin de famille et des cliniques médicales pour sensibiliser les médecins et les infirmières à l'importance d'utiliser l'outil d'enseignement.

Pneumologie

Au cours de l'année, l'Agence a consolidé budgétairement le laboratoire de la fonction respiratoire en pneumologie générale et permis la mise en place d'une clinique spécialisée au niveau des troubles du sommeil au CHRTR.

À cet égard, on a procédé au rehaussement du laboratoire de physiologie respiratoire et développé un laboratoire de polysomnographie.

On a aussi déployé des efforts pour l'investigation de nouveaux patients et le suivi de ceux qui présentent des problèmes où l'intervention du pneumologue est nécessaire.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Entre 2003-2004 et 2006-2007, le financement du Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) a constamment augmenté, passant de 20 599 595 \$ à 23 736 138 \$. Le rehaussement de cette enveloppe est dû, notamment, à de nombreux investissements régionaux.

À ces sommes, s'ajoutent les subventions octroyées aux ressources n'oeuvrant pas prioritairement dans le domaine de la santé et des services sociaux, mais dont un volet de leur action se situe dans ce secteur. Ce mode de financement, appelé « Hors-SOC », est passé de 1 968 769 \$ en 2003-2004 à 4 112 547 \$ en 2006-2007.

Le financement global octroyé au milieu communautaire a donc crû de 23 % entre 2003-2004 et 2006-2007, passant de 22 568 364 \$ à 27 848 685 \$.

En raison de la constante croissance de ce secteur, le conseil d'administration de l'Agence a résolu, en novembre 2004, de donner priorité à la consolidation des organismes qu'elle soutient financièrement et, par conséquent, de suspendre l'octroi de financement aux nouveaux organismes. Cette orientation est concourante à l'objectif de la politique gouvernementale *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec* « d'assurer la consolidation de l'action communautaire ».

Gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires

Reconnaissance :

La *Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec* balise l'analyse des demandes de reconnaissance. Ce document de référence détermine clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, les caractéristiques définissant un organisme communautaire et introduit la notion de non-dédoublage des activités sur un même territoire.

- La reconnaissance comme organisme communautaire est préalable à l'obtention d'un soutien financier dans le cadre du Programme SOC.
- Le nombre d'organismes communautaires reconnus est passé de 245 en 2003-2004 à 222 en 2006-2007 :
 - la mise en œuvre de la politique gouvernementale *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec* prévoit la concentration du soutien financier en appui à la mission globale des organismes communautaires au sein du ministère ou de l'organisme gouvernemental ayant la mission la plus compatible. En 2003 et 2004, l'Agence a ainsi transféré les dossiers de certains organismes vers les

ministères et organismes concernés. En contrepartie, l'Agence a accueilli de nouveaux organismes. Au terme de cette opération, le nombre d'organismes reconnus et financés par l'Agence dans le cadre du Programme SOC a diminué ;

- l'Agence a reconnu trois nouvelles ressources au cours de cette période.

Soutien financier :

Les sommes dédiées aux organismes ont été attribuées en conformité avec les balises reconnues par le Programme SOC, les orientations ministérielles et régionales ainsi que par le *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*.

- Les demandes de financement ont été analysées en fonction des critères du cadre de gestion du Programme SOC. Chaque organisme financé a fait l'objet d'un suivi relativement à ses obligations de reddition de comptes.
- En 2006-2007, l'Agence alloue un soutien financier à 236 organismes de son territoire. De ce nombre, 211 organismes sont reconnus par le Programme SOC. Aussi, 25 organismes ayant un volet de leur action en santé et services sociaux ont un soutien financier Hors-SOC.
- En mars 2007, compte tenu de la décision de l'Agence de prioriser la consolidation des organismes qu'elle soutient, 11 organismes reconnus étaient en attente d'un premier financement.

Principales réalisations au chapitre du soutien aux organismes communautaires :

- Poursuite des travaux de mise en œuvre de la politique gouvernementale *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*.
- Financement des centres de jour en santé mentale (2004-2005). Les travaux menés par l'Agence ont conduit à l'allocation des subventions dédiées à cette activité par le biais d'ententes spécifiques (budget Hors-SOC) plutôt qu'en les intégrant au financement en appui à la mission globale (budget SOC) ; comme par les années antérieures. Six organismes opèrent un centre de jour en santé mentale.
- Relations entre les organismes communautaires et le réseau de la santé et des services sociaux. En 2005-2006, l'Agence a entrepris les travaux menant à l'adoption en juin 2006 du *Cadre de référence régissant la collaboration entre l'Agence de la santé et des services sociaux, les centres de santé et de services sociaux, les établissements à vocation régionale et les organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux*. Ce document présente les principes directeurs et les modalités balisant la collaboration entre les organismes communautaires et les établissements du réseau.
- Initiative des partenariats en action communautaire (IPAC). Le bilan de la mise en œuvre des plans communautaires pour les villes de Trois-Rivières et Drummondville (2003-2004) a permis l'élaboration et la mise en œuvre des plans communautaires de la phase II pour ces mêmes collectivités (de 2004-2005 à 2006-2007).

Nombre d'organismes communautaires financés par programme-services

Secteur d'activités	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Variations 2004-2007
Déficience intellectuelle et TED	10	10	10	10	0 %
Déficience physique	24	24	24	25	4 %
Dépendances	18	17	17	17	-6 %
Jeunes en difficulté	53	54	54	54	2 %
Perte d'autonomie liée au vieillissement	21	21	20	21	0 %
Santé mentale	28	27	27	28	0 %
Santé physique	11	11	11	11	0 %
Santé publique	52	41	40	45	-13 % ⁽²⁾
Services généraux	24	25	25	25	4 %
TOTAL	241⁽¹⁾	230	228	236	- 2 %

(1) 1^{er} avril 2003 Transfert de plusieurs organismes au Secrétariat à l'action communautaire.

(2) 1^{er} avril 2004 Transfert d'organismes vers d'autres ministères.

Subventions aux organismes communautaires par catégorie

Programme services	Subvention 2003-2004	Subvention 2004-2005	Subvention 2005-2006	Subvention 2006-2007	Variation 2004-2007
Déficiência intellectuelle et trouble envahissant du développement					
Déficiência intellectuelle	692 877 \$	718 927 \$	734 753 \$	757 034 \$	9 %
Trouble envahissant du développement	154 499 \$	156 816 \$	168 420 \$	174 985 \$	13 %
Sous-total	847 376 \$	875 743 \$	903 173 \$	932 019 \$	10 %
Déficiência physique					
Déficiência physique	596 803 \$	630 608 \$	654 137 \$	690 506 \$	16 %
Déficiences multiples	451 037 \$	484 750 \$	520 035 \$	556 861 \$	23 %
Sous-total	1 047 840 \$	1 115 358 \$	1 174 172 \$	1 247 367 \$	19 %
Dépendances					
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	740 458 \$	782 466 \$	903 498 \$	1 006 086 \$	36 %
Hébergement mixte	1 105 152 \$	868 647 \$	902 590 \$	1 385 843 \$	25 %
Sous-total	1 845 610 \$	1 651 113 \$	1 806 088 \$	2 391 929 \$	30 %
Jeunes en difficulté					
Organismes de justice alternative	1 060 695 \$	1 171 500 \$	1 197 273 \$	1 226 217 \$	16 %
Maisons de jeunes	1 653 946 \$	1 774 940 \$	1 837 348 \$	2 068 129 \$	25 %
Autres ressources jeunesse	868 737 \$	907 622 \$	944 773 \$	903 820 \$	4 %
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	564 567 \$	599 872 \$	613 070 \$	628 576 \$	11 %
Sous-total	4 147 945 \$	4 453 934 \$	4 592 464 \$	4 826 742 \$	16 %
Perte d'autonomie liée au vieillissement					
Maintien à domicile	545 775 \$	578 602 \$	566 868 \$	586 808 \$	8 %
Centres d'action bénévole	2 074 275 \$	2 253 209 \$	2 335 872 \$	2 423 349 \$	17 %
Sous-total	2 620 050 \$	2 831 811 \$	2 902 740 \$	3 010 157 \$	15 %
Santé mentale					
Santé mentale	2 945 971 \$	2 766 705 \$	2 883 901 \$	3 068 219 \$	4 %
Sous-total	2 945 971 \$	2 766 705 \$	2 883 901 \$	3 068 219 \$	4 %
Santé physique					
Santé physique	290 082 \$	367 824 \$	452 221 \$	495 190 \$	71 %
Cancer	23 652 \$	27 210 \$	29 523 \$	33 045 \$	40 %
Sous-total	313 734 \$	395 034 \$	481 744 \$	528 235 \$	68 %
Santé publique					
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	834 132 \$	142 020 \$	145 145 \$	151 757 \$	-82 %
Personnes démunies	1 068 796 \$	1 491 593 \$	1 617 458 \$	1 257 791 \$	18 %
VIH/Sida	364 087 \$	373 559 \$	381 777 \$	392 667 \$	8 %
Sous-total	2 267 015 \$	2 007 172 \$	2 144 380 \$	1 802 215 \$	-21 %
Services généraux, activités cliniques et d'aide					
Assistance et accompagnement et centre d'écoute téléphonique	167 537 \$	194 686 \$	198 969 \$	203 545 \$	21 %
Consultation et concertation générale	102 400 \$	103 936 \$	106 223 \$	109 369 \$	7 %
Maison d'hébergement pour femmes violentées	2 629 150 \$	2 885 023 \$	3 134 089 \$	3 421 097 \$	30 %
Centres de femmes	697 698 \$	799 777 \$	888 488 \$	987 703 \$	42 %
Autres ressources pour femmes	161 142 \$	163 559 \$	167 157 \$	171 002 \$	6 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	448 268 \$	500 207 \$	515 772 \$	600 205 \$	34 %
Autres ressources pour hommes	357 859 \$	397 755 \$	423 497 \$	436 334 \$	22 %
Sous-total	4 564 054 \$	5 044 943 \$	5 434 195 \$	5 929 255 \$	30 %
Total du financement SOC	20 599 595 \$	21 141 813 \$	22 322 857 \$	23 736 138 \$	15 %
Financement Hors-SOC	1 968 769 \$	2 585 150 \$	3 203 545 \$	4 112 547 \$	109 %
Financement total	22 568 364 \$	23 726 963 \$	25 526 402 \$	27 848 685 \$	23 %

La catégorisation des organismes communautaires ayant été modifiée durant la période de référence 2004-2007, nous avons utilisé les catégories du rapport annuel 2006-2007 de l'Agence pour les quatre années financières. Le financement des centres de jour en santé mentale est alloué en ententes spécifiques (Hors-SOC) à compter de 2004-2005.

ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES

Les ressources humaines régionales

L'état de situation régional de la main-d'œuvre 2003-2007

- À l'instar du MSSS, l'Agence a ciblé les 12 titres d'emploi considérés en pénurie au Québec et dressé un portrait régional de main-d'œuvre sur un horizon de 3 ans spécifiant les zones de vulnérabilité. Les données fournies par les établissements produisent un état de situation global et documente les problématiques de disponibilité de la main-d'œuvre régionale.
- Un établissement est considéré en pénurie lorsqu'il n'y a plus de ressources disponibles à l'interne et à l'externe pour combler un poste réputé vacant et que l'établissement doit avoir recours soit à du temps supplémentaire ou de la main-d'œuvre indépendante pour dispenser le service. Or, sans une analyse plus approfondie de l'état de précarité des emplois offerts, de l'impact d'un processus de réorganisation du travail et du nombre de finissants disponibles chaque année, ces indicateurs ne peuvent déterminer à eux seuls l'état de pénurie.

Voici l'état de situation régional de la main-d'oeuvre durant la période ciblée :

**Titres d'emploi considérés en pénurie dans la région en 2005-2006
avec la projection estimée des départs sur trois ans**

État de situation régional sur la main-d'œuvre au 31 mars 2007						
Titre d'emploi	Situation de pénurie			Situation de vulnérabilité		
	Nombre de postes vacants			Nombre de départs estimés		
	TC	TPR		2007-2008	2008-2009	2009-2010
Infirmière	3330	2	19	153	166	211
Infirmière auxiliaire	1124	--	2	86	64	83
Préposé aux bénéficiaires	2482	--	--	155	73	119
Auxiliaire familiale	126	--	--	23	7	7
Pharmacien	74	2	2	1	1	1
Physiothérapeute	143	--	1	4	0	2
Ergothérapeute	211	3	1	1	1	2
Orthophoniste - Audiologiste	52	4	2	0	0	1
Technicien en service diagnostique	268	1	--	10	6	9
Inhalothérapeute	177	--	--	2	1	3
Biochimiste clinique	6	--	--	2	0	0
Travailleur social	141	1	--	19	19	21
Agent de relations humaines	377	9	1			
Technicien en assistance sociale	262	2	1			
Technicien en éducation spécialisée	21	3	--	11	9	8
Technologue médical	313	--	--	11	7	6
Psychologue	126	1	1	1	1	4
Thérapeute réadaptation physique	60	--	--	2	1	1
Autres	5560	--	--	153	129	305
Total	14853	28	30	634	485	783

**Nombre de cadres et de salariés qui étaient à l'emploi d'un établissement de la région
au 31 mars de chacune des années visées**

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Nombre de cadres	502	520	533	587	591
Nombre de salariés	12 552	12 734	12 883	13 203	13 516
Total	13 054	13 254	13 416	13 790	14 107
Nombre de salariés par cadre	25	24	24	22	23

**Nombre d'équivalent temps complet de cadres et de salariés
au 31 mars par statut d'emploi pour chacune des années visées**

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Temps complet régulier	6 508	6 652	6 634	6 875	6 830
Temps partiel régulier	2 254	2 286	2 256	2 308	2 270
Sous-total	8 762	8 938	8 890	9 183	9 100
Temps partiel occasionnel	2 615	2 648	2 850	2 979	3 327
Total	11 377	11 586	11 740	12 162	12 427

L'évolution de la représentation syndicale

L'application de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic a eu des effets importants sur

la représentation syndicale dans les établissements de la région (Projet de loi 30).

Les différents regroupements ont permis de passer de 284 unités de négociations syndicales à 55 pour la région avec un maximum de 4 accréditations par établissement.

Nouvelle représentation des unités de négociation syndicale pour la région

Syndicats	CSN	CSQ	FTQ	FIIQ	APTS	SEHA	CSD
Unités	33	8	4	3	5	1	1
%	50 %	14 %	12 %	12 %	9 %	2 %	1 %
Salariés	7 022	1 932	1 715	1 714	1 252	247	151

Les stratégies régionales de main-d'œuvre

Durant la période 2003-2007, les principales stratégies régionales coordonnées par l'Agence pour réduire l'impact des déséquilibres de main-d'œuvre ont été :

- les mesures de sécurité et stabilité d'emploi ;
- la promotion, le recrutement et la rétention de main-d'œuvre cadre et salariée ;
- la coordination régionale des stages en soins infirmiers ;
- le plan de relève du personnel d'encadrement intermédiaire ;
- la gestion de la présence au travail ;

- le développement et le maintien des compétences des ressources humaines réseau ;
- l'organisation du travail et l'application de la loi 90.

Les mesures de sécurité et stabilité d'emploi

La sécurité d'emploi est régie par les conventions collectives et gérée par le Service régional de la main-d'œuvre (SRMO) et s'adresse aux salariés syndiqués et syndiquables non syndiqués du réseau alors que la stabilité d'emploi est elle-même régie par les décrets des cadres avec une durée maximale de 36 mois de salaire et s'adresse aux cadres du réseau.

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Sécurité d'emploi (salariés)					
Remplacement	9	15	16	9	4
Stabilité d'emploi (cadres)					
Remplacement	12	2	9	1	1
Départ du secteur	11	12	10	7	6
Total	23	14	19	8	7

La promotion, le recrutement et la rétention de main-d'œuvre salariée

- Participation de l'Agence en partenariat avec les établissements à divers carrefours d'emploi destinés aux chercheurs d'emploi afin de promouvoir les attraits de la région, l'expérience de travail des établissements et leurs offres d'emploi :
 - en moyenne, 8 maisons d'enseignement de la région et de l'extérieur sont visitées par l'Agence et les établissements à chaque année.
- Sondage réalisé en 2005 auprès des candidats pour connaître leur situation professionnelle un an après avoir déposé leur candidature à l'Agence :

- 31 % des candidats répondants ont été embauchés par les établissements de la région.

La coordination régionale des stages en soins infirmiers

- Réalisation d'un portrait régional sur la capacité d'accueil des établissements de courte durée pour les stages en 2003-2004 en soins infirmiers. Le tableau qui suit illustre sommairement ce propos.

Plages	Jour	Soir	Nuit	TOTAL
Jours/stages utilisés	17 847	8 631	89	26 567
Jours/stages disponibles	106 560	96 055	64 396	267 011
%	17,0 %	9,0 %	0,1 %	10,0 %

L'analyse des données recueillies a permis de définir la problématique régionale, c'est-à-dire un problème de concentration des stages particulièrement en spécialité et l'accès à un nombre insuffisant de préceptrices et monitrices cliniques.

Depuis, les directeurs généraux des établissements de santé et de l'éducation ont respectivement délégué en octobre 2005, leurs directeurs des ressources humaines et leurs directeurs d'études pour former la Table de concertation régionale pour les stages en soins infirmiers dans la perspective d'améliorer la qualité des soins et des services dispensés sur une base continue, de développer une culture de la relève et de garantir la disponibilité de places de stages de qualité en quantité suffisante.

Le plan de relève du personnel d'encadrement intermédiaire

En concertation avec les établissements, développement et mise en œuvre d'une stratégie régionale de repérage et

d'évaluation du potentiel de gestion de candidats à la relève cadre intermédiaire :

- Repérage et évaluation du potentiel de gestion de 125 candidats à la relève cadre intermédiaire provenant de 13 établissements de la région.
- Le déploiement d'un site d'information Intranet sur la relève des cadres intermédiaires.
- L'accès pour les candidats à la relève à des microprogrammes dispensés en région par l'Université Laval.

La gestion de la présence au travail

- Évolution du ratio de l'assurance salaire de 2002-2003 à 2006-2007 comparativement à la cible de départ en 2002.

Ratio d'heures d'assurance-salaire / heures travaillées

2002-2003	2003 – 2004	2004 – 2005	2005 – 2006	2006 – 2007
5,69 %	5,61 %	5,41 %	5,44 %	5,87 %

Le ratio de l'assurance salaire est un indicateur stratégique qui fait partie des ententes de gestion. Il a un impact direct sur la disponibilité de la main-d'œuvre sujette à donner des services directs ou indirects à la population.

La région a terminé l'année 2006-2007 avec un ratio des heures de l'assurance salaire sur les heures travaillées de 5,87 %, ce ratio est supérieur à la cible régionale de 5,28 % fixée par le Ministère. Au 31 mars 2006, 4 établissements ont atteint leur cible, 3 étaient en rattrapage tandis que 6 étaient en difficulté.

Le maintien et le développement des compétences des ressources humaines réseau

Les principales activités de développement coordonnées et subventionnées par l'Agence ont été priorisées et planifiées en concertation avec les responsables des établissements concernés incluant les directeurs généraux pour les activités à l'intention des membres de conseil d'administration. L'ensemble des activités réalisées de 2003-2004 à 2006-2007 s'inscrit dans la foulée des orientations régionales ou ministérielles, c'est-à-dire des activités :

- D'accueil, d'information et de formation à l'intention des membres des conseils d'administration des établissements :
 - des activités spécifiques sur le rôle et les responsabilités des membres des conseils d'administration ;
 - des activités régionales sur les enjeux régionaux et le rôle de l'Agence.
- De mobilisation, de développement des compétences et de dotation du personnel d'encadrement :
 - des microprogrammes de 1^{er} et 2^e cycle en gestion et développement des organisations dispensés par l'Université Laval à l'intention de cadres intermédiaires de moins de 2 ans d'expérience et des professionnels candidats à la relève. À ce jour, 359 personnes ont participé depuis le début du programme en janvier 2004 ;
 - des activités régionales de formation de type « déjeuner rencontre » et 2 séminaires en établissement ont permis à 194 cadres de se familiariser avec la gestion stratégique du changement dans le cadre de l'implantation des réseaux locaux de services.
- De soutien à l'implantation des réseaux locaux de services :
 - des activités régionales de lancement et mise à niveau ont rejoint, en 2005, 78 membres de conseil d'administration, 68 cadres supérieurs, 175 cadres intermédiaires, 120 participants provenant des exécutifs des commissions des

infirmières, des conseils multidisciplinaires et des professionnels de l'Agence.

- De soutien au développement de l'expertise des intervenants du réseau :
 - activité de soutien, dans le cadre des services dispensés auprès des personnes âgées, offerte aux gestionnaires de cas pour l'utilisation de l'OÉMC ;
 - activité de formation en techniques d'accueil à l'intention des RTF avec la collaboration des cégeps de la région ;
 - activité de maintien des compétences des intervenants de l'équipe régionale des mesures d'urgence ;
 - activité régionale auprès d'intervenants associés au programme de cessation du tabagisme ;
 - programme de formation auprès des intervenants désignés pour le suicide conçu sous forme de codéveloppement pour favoriser le réseautage entre intervenants de divers milieux ;
 - programme de formation régionale en psychiatrie à l'intention des médecins omnipraticiens : 45 médecins omnipraticiens ont participé au programme ;
 - programme de formation des intervenants pivots en oncologie visant à développer l'interdisciplinarité et le l'accompagnement individuel (coaching) en codéveloppement.
- D'application du Projet de loi 90 :
 - actualisation de la pratique professionnelle de 814 infirmières auxiliaires provenant des établissements de la région selon l'entente de subvention contractée en partenariat avec Emploi-Québec ;
 - séance d'information offerte à l'intention des professionnels et gestionnaires concernés par l'organisation du travail des intervenants en lien avec la prescription et le suivi de la contraception ;
 - 2 séances d'information et une formation offertes à l'intention des professionnels, gestionnaires d'établissements et propriétaires de ressources sur la déprofessionnalisation des soins invasifs d'assistance aux activités de vie quotidienne et l'administration des médicaments confiés à des non-professionnels en RI et RTF.

L'organisation du travail et l'application de la loi 90

La révision continue et en profondeur des processus de travail représente une des pistes de solutions concrètes pour réduire l'impact du manque de disponibilité de la main-d'œuvre

sur la dispensation des services. Plusieurs projets majeurs d'organisation du travail considérés novateurs et exportables ont été retenus depuis 2003-2006 dans l'esprit des orientations régionales et ministérielles.

Établissement mandaté	Nom du projet
Exercice 2003 – 2004	
CSSS d’Arthabaska-et-de-l’Érable	Organisation du travail comme condition essentielle d’implantation de l’approche prothétique élargie
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	Optimisation du rôle professionnel de l’infirmière et des autres professionnels de soins
Exercice 2004 – 2005	
CSSS de Bécancour – Nicolet-Yamaska	Organisation régionale de la réponse Info-Santé selon un modèle centralisé
CSSS de Maskinongé	Création du réseau local de services et projet d’alignement contingent de l’organisation du travail
Exercice 2005 – 2006	
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec	Proposition d’application de la loi 90 pour l’activité concernant l’administration des médicaments dans les résidences intermédiaires (RI) et de type familial (RTF)
CHRT	Projet clinique pour les clientèles atteintes d’insuffisance rénale et organisation du travail pour le Programme régional de néphrologie
Exercice 2006-2007	
CSSS de Maskinongé	Création du réseau local de services et projet d’alignement contingent de l’organisation du travail
CHRT	Projet clinique pour les clientèles atteintes d’insuffisance rénale et organisation du travail pour le Programme régional de néphrologie
Tous les CSSS et le CHRT	Projet sur les systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments – volet organisation du travail

Les ressources financières régionales

- Entre 2003-2004 et 2006-2007, l'enveloppe régionale (financement net) a connu une croissance de 16,73 % en passant de 712,0 M \$ à 831,1 M \$ soit une moyenne de 5,6 % par année. Cet ajout budgétaire comprend le coût de système, les ajustements salariaux découlant des conventions collectives, la consolidation des bases budgétaires de certains établissements, et enfin, les budgets de développement attribués à la région. Le tableau A présente le détail de l'enveloppe régionale durant cette période. Le tableau B présente la variation de l'allocation financière aux établissements publics et privés conventionnés entre 2003-2004 et 2006-2007.

- Les réinvestissements significatifs dégagés par le gouvernement et les efforts déployés par les établissements avec l'appui de l'Agence et du Ministère ont permis de maîtriser le niveau de déficit et d'atteindre l'équilibre budgétaire. En effet, les résultats consolidés des établissements publics de la région présentent en 2006-2007, un déficit régional de 2 013 433 \$ alors que la cible budgétaire régionale a été fixée à 3 528 275 \$. Enfin, il est bon de souligner que le dépassement budgétaire encouru en 2006-2007 est en deçà de 3/10 de 1 % de l'enveloppe de dépenses dont dispose l'Agence pour ce même exercice financier.

- Le tableau C présente une synthèse des résultats financiers des établissements publics de la région entre 2003-2004 et 2006-2007.
- Le déficit accumulé des établissements publics au 31 mars 2007 est établi à 34,5 M \$, ce qui représente environ 4,57 % des budgets des établissements publics. L'essentiel de ce déficit résulte des établissements à mission CH. Il faut noter également que plus de 60 % (21,6 M \$) de ce déficit est constitué des dépassements autorisés entre 2003-2004 et 2006-2007. Le tableau D présente un état de l'évolution des déficits par catégorie d'établissements ainsi que les écarts par rapport aux objectifs fixés dans les ententes de gestion, et ce, pour la période couverte.
- Les emprunts autorisés relatifs au fonctionnement des établissements et aux dépenses d'immobilisations sont passés de 26,8 M \$ au 31 mars 2004 à 31,7 M \$ au 31 mars 2007. Si l'on exclut le montant dédié au financement des coûts de transition relatifs au projet d'intégration dans la communauté des usagers de l'Hôpital St-Julien, les marges d'emprunts accordées aux établissements sont principalement en lien avec le processus de retour à l'équilibre budgétaire dont 21,6 M \$ représentent le déficit autorisé. Le tableau E présente l'évolution des différentes marges d'emprunts accordées à notre région pour les exercices financiers 2003-2004 / 2006-2007. Le tableau F présente la marge d'emprunts disponible par type d'autorisation.

Tableau A – Évolution de l'enveloppe régionale 2003-2004 / 2006-2007 (en millions de \$)

Évolution des investissements (crédits alloués)						
	Charges brutes	Revenus	Charges nettes	Crédits non récurrents	Total charges nettes	Augmentation en %
2003-2004	769,3	75,8	693,5	18,5	712,0	–
2004-2005	804,3	78,6	725,7	13,7	739,4	3,85 %
2005-2006	846,5	81,2	765,3	12,1	777,4	5,14 %
2006-2007	899,3	90,6	808,7	22,4	831,1	6,91 %
Variation 2006-2007 / 2003-2004					119,1	16,73 %

Tableau B – Allocation des ressources financières aux établissements publics et privés conventionnés (financement net)

Répartition par catégorie d'établissements				
	2003-2004	2006-2007	Montant	Variation %
Centres hospitaliers	121 553 429 \$	140 920 259 \$	19 366 830 \$	15,93 %
Centres de santé et de services sociaux	435 877 825 \$	497 500 323 \$	61 622 498 \$	14,14 %
Le Centre jeunesse	41 583 339 \$	47 860 087 \$	6 276 748 \$	15,09 %
Centres de réadaptation	62 194 255 \$	69 115 735 \$	6 921 480 \$	11,13 %
Établissements privés conventionnés	4 506 558 \$	5 642 947 \$	1 136 389 \$	25,22 %
TOTAL	665 715 406 \$	761 039 351 \$	95 323 945 \$	14,32 %

Tableau C – Évolution des surplus et (déficits) des établissements publics

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Centres hospitaliers	(5 690 339 \$)	(10 283 461 \$)	(7 116 318 \$)	0 \$
Centres de santé et de services sociaux	(3 352 062 \$)	(1 388 715 \$)	(7 898 \$)	(2 825 706 \$)
Le Centre jeunesse	(3 762 184 \$)	(18 981 \$)	(120 471 \$)	154 618 \$
Centres de réadaptation	(652 651 \$)	978 014 \$	704 867 \$	657 655 \$
	(10 747 236 \$)	(10 713 143 \$)	(6 539 820 \$)	(2 013 433 \$)
Sommaire :				
1) Établissements en surplus ou en équilibre				
Nombre :	7	8	9	12
Montant :	835 518 \$	1 502 489 \$	1 492 440 \$	1 501 233 \$
2) Établissements en déficit				
Nombre :	6	5	4	1
Montant :	(11 582 754 \$)	(12 215 632 \$)	(8 032 260 \$)	(3 514 666 \$)
Dépassement autorisé (déficit)	8 800 000 \$	5 787 500 \$	3 528 275 \$	3 528 275 \$

Tableau D – Entente de gestion – Retour à l'équilibre budgétaire

	Cible autorisée	2006-2007 Déficit réel	Dépassement (économie)	2003-2004 à 2006-2007 Dépassement (économie)	Déficit (surplus) accumulé 31/03/2007
Centres hospitaliers	0 \$	0 \$	0 \$	13 434 118 \$	27 480 020 \$
CSSS	3 528 275 \$	3 514 666 \$	(13 609 \$)	(477 718 \$)	8 315 499 \$
Le Centre jeunesse	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	673 110 \$
Centres de réadaptation	0 \$	0 \$	0 \$	(800 000 \$)	(1 942 251 \$)
	3 528 275 \$	3 514 666 \$	(13 609 \$)	12 156 400 \$	34 526 378 \$

Tableau E – Évolution des emprunts autorisés 2003-2004 / 2006-2007

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1) Fonctionnement				
Déficits	286 000 \$	708 000 \$	0 \$	0 \$
Équilibre budgétaire	10 540 000 \$	18 555 000 \$	24 100 000 \$	23 835 000 \$
Traitement différé	200 000 \$	295 000 \$	118 000 \$	115 000 \$
Tierce responsabilité	260 000 \$	1 000 000 \$	0 \$	0 \$
Ajustement régional	0 \$	0 \$	275 000 \$	450 000 \$
Autofinancement désins. St-Julien	14 000 000 \$	11 200 000 \$	8 100 000 \$	4 800 000 \$
	25 286 000 \$	31 758 000 \$	32 593 000 \$	29 200 000 \$
2) Reliés aux dépenses en immobilisations :				
Projets autofinancés	862 301	2 331 305	1 576 801 \$	1 269 424 \$
Projets financés par les activités accessoires	680 228	1 844 666	1 689 995 \$	1 182 677 \$
	1 542 529 \$	4 175 971 \$	3 266 796 \$	2 452 101 \$
Total	26 828 529 \$	35 933 971 \$	35 859 796 \$	31 652 101 \$

Tableau F – Emprunts au 31 mars 2007

	Emprunts autorisés	Emprunts utilisés	Marge disponible
Fonctionnement			
Équilibre budgétaire	23 835 000 \$	12 834 040 \$	11 000 960 \$
Traitement différé	115 000 \$	115 000 \$	0 \$
Ajustement régional	450 000 \$	0 \$	450 000 \$
Autofinancement désinstitutionnalisation des usagers de St-Julien	4 800 000 \$	3 300 000 \$	1 500 000 \$
	29 200 000 \$	16 249 040 \$	12 950 960 \$
Reliés aux dépenses en immobilisations			
Projets autofinancés	1 269 424 \$	840 799 \$	428 625 \$
Projets financés par les activités accessoires	1 182 677 \$	830 986 \$	351 691 \$
	2 452 101 \$	1 671 785 \$	780 316 \$
Total	31 652 101 \$	17 920 825 \$	13 731 276 \$

Les ressources matérielles régionales

Les projets immobiliers

- La région dispose d'un parc immobilier de 61 immeubles évalués à 754 M \$. Les services sont également offerts dans 49 immeubles locatifs.

- La région dispose également d'un parc d'équipements évalué à 236,6 M \$, dont 102 M \$ pour le volet des équipements médicaux spécialisés.

- Au cours des 3 dernières années, le parc immobilier a connu une transformation significative grâce à des investissements importants notamment au niveau du programme de maintien d'actifs. Le tableau G présente un état des projets

majeurs réalisés ou encore en voie de réalisation durant ce triennal. Le tableau H présente l'ensemble des projets qui ont été autorisés par le Ministère pour la mise à l'étude au cours de la période.

- L'enveloppe récurrente de maintien d'actifs est passée de 2,3 M \$ en 2003-2004 à 12,4 M \$ en 2006-2007. Ce rehaussement de l'enveloppe statutaire destinée au maintien du parc immobilier conjugué à la mise en œuvre d'un nouveau cadre de gestion renforçant l'imputabilité des établissements, notamment par l'exigence de l'élaboration d'un plan de conservation triennal, permet de combler le déficit

d'entretien du parc immobilier régional et d'offrir aux usagers et au personnel des milieux sains et sécuritaires. La région a également bénéficié des investissements destinés à améliorer la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD ainsi que des enveloppes destinées à des rénovations fonctionnelles autres qu'en milieu d'hébergement. Le tableau I présente l'ensemble de ces investissements qui totalisent 40,5 M \$ pour les 3 années.

Sans être exhaustifs, les projets réalisés au cours de ce triennal ou en voie de réalisation illustrent bien l'amélioration du parc immobilier de la région.

Tableau G – Projets réalisés ou encore en voie de réalisation

Établissement	Projets	Montant
CHRTR	Regroupement des activités au pavillon Sainte-Marie	55,7 M \$
	Implantation d'une unité de médecine familiale (UMF)	1,8 M \$
	Campus de formation universitaire	11,0 M \$
	Réaménagement temporaire pavillon Saint-Joseph	4,5 M \$
CSSS du Haut Saint-Maurice	Agrandissement et réaménagement du point de service de Parent	0,6 M \$
CSSS de Trois-Rivières	Construction d'une nouvelle installation de 160 lits d'hébergement	21,3 M \$
	Correction de l'aile E au Centre Cloutier-du Rivage	9,5 M \$
CSSS de l'Énergie	Travaux d'agrandissement et de sécurité-vétusté à l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	4,1 M \$
	Construction d'un centre ambulatoire	24,1 M \$
	Réaménagement du centre de formation et de services	1,4 M \$
	Unité de médecine familiale	1,8 M \$
CSSS de Maskinongé	Regroupement des services de première ligne à la Résidence Avellin-Dalcourt	11,0 M \$
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Agrandissement, réaménagement et ajout de 19 lits d'hébergement au Centre d'hébergement du Chêne	9,3 M \$
	Réaménagement fonctionnel et sécurité-vétusté à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska	9,5 M \$
	Réaménagement des services administratifs	1,1 M \$
CSSS Drummond	Réaménagement obstétrique et périnatalité à l'Hôpital Sainte-Croix	1,3 M \$

Tableau H – Projets immobiliers autorisés pour la mise à l'étude

Établissement	Projets	Montant
CHRTR	Regroupement des services au pavillon Sainte-Marie – Phase II	22,3 M \$

Tableau I – Autres investissements immobiliers

	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Enveloppe statutaire	6 453 365 \$	6 345 740 \$	12 378 619 \$
Rénovation fonctionnelle CHSLD	2 766 563 \$	—	—
Rénovation fonctionnelle autre que CHSLD	1 942 383 \$	3 049 771 \$	3 049 745 \$
Lutte aux infections nosocomiales	—	880 500 \$	—
Rénovation de l’enveloppe architecturale au pavillon Saint-Joseph	—	1 500 000 \$	—
Unité de médecine CSSS de l’Énergie	—	—	1 823 800 \$
Lits électriques en CHSLD	—	290 727 \$	—
TOTAL	11 162 311 \$	12 066 738 \$	17 252 164 \$

Les équipements généraux, spécialisés et de haute technologie

• En plus de l’enveloppe statutaire destinée au renouvellement des équipements, les établissements de la région ont bénéficié au cours des 3 dernières années d’octrois additionnels totalisant 38,8 M \$ pour les achats des équipements de haute technologie et des équipements généraux et spécialisés. Ces investissements ont rendu possible, entre autres,

l’amélioration de l’accessibilité aux services de résonance magnétique dans les territoires de Drummondville et d’Arthabaska-et-de-l’Érable pour des investissements respectifs de 3,1 M \$ et 2,4 M \$. Le tableau J présente l’ensemble des investissements effectués dans ces domaines.

Tableau J – Haute technologie, équipements généraux et spécialisés

	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Enveloppe statutaire	3 864 638 \$	3 918 126 \$	3 932 874 \$
Haute technologie	4 715 400 \$	11 737 700 \$	6 255 000 \$
Équipements de soutien à domicile	—	788 652 \$	1 691 737 \$
Équipements pour aides techniques	185 817 \$	185 817 \$	—
Autres équipements médicaux	1 499 000 \$	—	—
Autres équipements	20 360 \$	26 523 \$	—
	10 285 215 \$	16 656 818 \$	11 879 611 \$

Les ressources informationnelles régionales

MSSS et des initiatives régionales qui placent notre région à l’avant-garde dans la réalisation de certains projets.

Le plan stratégique régional

• Le conseil d’administration de l’Agence a adopté un plan stratégique quinquennal à l’automne 2005. Dans une perspective de modernisation et d’optimisation, les choix stratégiques en matière de développement des ressources informationnelles tiennent compte des orientations du

• Le plan stratégique régional identifie 15 projets prioritaires dont 4 projets d’infrastructure, 8 projets pour le volet clinique, un projet relié aux services administratifs et 2 projets de gestion. Ces projets visent notamment le soutien du continuum de soins et services des RLS, à permettre l’interopérabilité et à assurer le partage contrôlé et sécuritaire des données et des informations. Depuis son

adoption en automne 2005, 6 projets ont été complétés, 7 sont en cours de réalisation et 2 sont en phase d'analyse préliminaire.

- Parmi les projets complétés ou en voie de réalisation, des applications ont fait l'objet d'optimisation. Citons le Système d'information de gestion des urgences (SIGDU), le Système d'information sur la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée (SICHELD), le Réseau intégré de gestion de l'information clinique (RIGIC), et le système de Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (Med-Écho) incluant la nouvelle version de la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Institut canadien d'information sur la santé.
- Les coûts des projets inscrits au Plan stratégique régional des ressources informationnelles sont évalués à plus de 30 M \$ sur une période de 5 ans. Le Ministère, les établissements de santé et de services sociaux et l'Agence financent ces projets.
- Le projet provincial portant sur le DSQ s'intégrera prioritairement au plan stratégique. À ce titre, un des établissements de la région, le CSSS Drummond, a participé comme site pilote pour l'implantation de l'index patient maître du DSQ. Des travaux d'architecture ont été réalisés pour assurer l'arrimage de l'environnement technologique régional en place avec le projet du DSQ.
- Le projet RIGIC vise à mettre en place des solutions intégrées et sécuritaires de partage d'information sur les soins dispensés à la clientèle de la région afin d'offrir des services de meilleure qualité et de supporter l'ensemble des intervenants du réseau sociosanitaire dans la dispensation de services. Le projet RIGIC est maintenant déployé à l'ensemble des établissements de la région. Ce projet, qui est complémentaire au DSQ s'inscrit dans le respect des lois et politiques en vigueur à l'égard de l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels. Les coûts de ce projet sont de 3,4 M \$. Le financement provient du fonds de soutien à la mise en place des RLS et des crédits régionaux.
- Depuis l'adoption du plan stratégique à l'automne 2005, les GMF – cliniques privées ont fait l'acquisition d'une solution régionale pour la gestion de leurs dossiers médicaux et l'Agence a établi un lien avec le projet RIGIC pour la transmission électronique des résultats de laboratoire. La phase I du projet prévu au Centre-du-Québec requiert un financement de 982 000 \$. Les médecins, le Ministère et l'Agence partagent le financement permettant la réalisation de ce projet. Pour les GMF – cliniques privées dont le dossier

médical n'est pas encore informatisé, l'Agence offre la possibilité de les relier à l'environnement de RIGIC pour consulter les résultats de laboratoire et de radiologie.

- Le SIGDU se terminera en mars 2008. Ainsi, sur 8 établissements offrant des services d'urgence, 7 ont terminé leur informatisation et un établissement est en cours d'implantation.
- Au cours des 3 dernières années, l'Agence a procédé à la modernisation des services de radiologie. Ce projet vise à mettre en réseau l'ensemble des établissements de la région afin d'améliorer l'offre de service en imagerie médicale. La première phase du projet a permis aux 4 grands centres hospitaliers de la région d'introduire la technologie de numérisation des images radiologiques (PACS). Cette première phase a nécessité des investissements de 12,6 M \$. La deuxième phase du projet vise à étendre cette technologie aux 4 CSSS qui utilisent encore les films conventionnels. Celle-ci nécessitera des investissements de l'ordre de 2,6 M \$. Enfin, comme il s'agit d'une démarche régionale déployant la même plateforme technologique, cette approche facilitera l'échange de services en radiologie entre les établissements de la région.
- Tous les établissements et l'Agence ont convenu en 2005 d'une entente afin d'acquérir un système administratif commun intégrant les ressources financières, les ressources humaines, les paies et les approvisionnements. Ce projet d'optimisation des ressources, qui est présentement en cours d'implantation, permettra d'améliorer la qualité de l'information, le développement de nouvelles pratiques et la circulation de l'information. Ce projet a nécessité des investissements de 9,7 M \$.

