



2018-2019

RAPPORT ANNUEL

DE GESTION

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

ÉDITION

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2019.

COORDINATION ET ADAPTATION DES TEXTES

Julie Michaud, agente d'information, DRHCAJ

CONTRIBUTION

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

CORRECTION ET SECRÉTARIAT

Amélie Guilbert, adjointe à la direction, DRHCAJ

CONCEPTION GRAPHIQUE

Amélie Guilbert, adjointe à la direction, DRHCAJ

Dépôt légal – 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN version PDF : 978-2-550-84130-2

ISBN version imprimée : 978-2-550-84149-4

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

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

Document disponible sur le site Web

WWW.CIUSSSMCQ.CA

Le rapport annuel de gestion 2018-2019 du CIUSSS MCQ a été adopté par le conseil d'administration le 13 juin 2019.

Table des matières

1.	MESSAGE DES AUTORITÉS.....	2
2.	DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	3
3.	PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	4
3.1	<i>L'établissement.....</i>	4
3.2	<i>Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives</i>	9
3.3	<i>Les faits saillants</i>	22
4.	LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	50
4.1	<i>Chapitre III : Attentes spécifiques</i>	50
4.2	<i>Chapitre IV : Engagements annuels</i>	57
5.	ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	69
5.1	<i>L'agrément.....</i>	69
5.2	<i>La sécurité et la qualité des soins et des services.....</i>	69
	<i>Suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....</i>	74
5.3	<i>Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement</i>	78
5.4	<i>L'examen des plaintes et la promotion des droits.....</i>	79
5.5	<i>L'information et la consultation de la population.....</i>	79
6.	L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....	81
7.	LES RESSOURCES HUMAINES.....	84
7.1	<i>La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public</i>	84
8.	LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....	86
8.1	<i>Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme</i>	86
8.2	<i>L'équilibre budgétaire</i>	87
8.3	<i>Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.....</i>	88
9.	L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	89
10.	DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....	91
11.	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	93
12.	ANNEXES	107
	<i>Annexe I - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration</i>	107
	<i>Annexe II – Échelle de classification des événements.....</i>	114
	<i>Annexe III - Liste des acronymes.....</i>	115

1. Message des autorités

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) vient de compléter sa quatrième année d'activité.

Celle-ci fut notamment marquée par la visite d'Agrément Canada qui, au terme de cette évaluation des soins et des services offerts par l'ensemble de nos directions, a permis au CIUSSS MCQ d'être le premier établissement fusionné à obtenir le statut agréé. Le taux de conformité obtenu de 95 % témoigne de l'engagement de l'ensemble des intervenants et des médecins à offrir des soins et des services sécuritaires et de qualité à la population.

Notre objectif commun de toujours améliorer les soins de santé et les services sociaux au bénéfice des usagers est au cœur de nos préoccupations. En ce sens, nos efforts se sont poursuivis selon nos quatre grandes priorités, intégrées au plan annuel 2018-2019, soit : un capital humain en santé et en sécurité afin d'assurer sa disponibilité; un accès aux soins et services de proximité; des trajectoires de soins et de services performantes; et des missions universitaires au service de l'usager. Celles-ci ont mené à l'identification de domaines d'action, d'objectifs et de projets. Ces choix stratégiques s'inscrivent en continuité du plan précédent. De ce fait, 39 % des objectifs sont en continuité, mais avec des cibles qui ont évolué. Au cours de l'année, 80 projets se sont donc amorcés, dont certains se sont réalisés à 100 % et ont atteint d'excellents résultats et d'autres se poursuivront l'an prochain.

Nous sommes fiers de l'avancement réalisé en 2018-2019. Nous avons, comme organisation, encore des défis importants devant nous. À titre d'exemple, le manque de personnel qui a affecté notre offre de service tout au long de l'année, et ce, dans plusieurs secteurs. Malgré tous les efforts et les stratégies mises en place, il reste un écart important par rapport à nos besoins. Nos démarches d'attraction et de rétention du personnel se poursuivront.

Nous souhaitons également souligner la contribution de tous les acteurs qui nous permettent de poursuivre notre mission. Nos réalisations sont attribuables à l'engagement de tous les membres des comités, conseils et instances, gestionnaires, membres du personnel, professionnels de la santé, médecins, usagers-ressources, bénévoles et partenaires. Nous adressons un merci spécial aux membres de notre conseil d'administration pour leur participation à l'étude des divers dossiers et à la prise de décision judicieuse de même que pour leur volonté de créer de la valeur et de faire mieux, toujours mieux.

Nous vous invitons maintenant à consulter notre Rapport annuel 2018-2019 qui vous permettra d'apprécier l'ensemble de nos réalisations.

Bonne lecture!



Carol Fillion
Président-directeur général par intérim



Marcel Dubois
Président du conseil d'administration

2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.



Carol Fillion
Président-directeur général par intérim

3. Présentation de l'établissement et les faits saillants

3.1 L'établissement

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

Mission

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

Vision

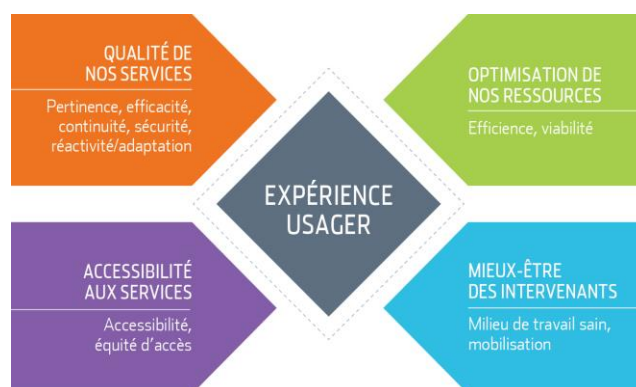
Créer, par un leadership collectif, un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Valeurs

Respect	Engagement	Excellence, qualité et innovation
Solidarité	Équité	
Imputabilité	Transparence	

Le Vrai Nord

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



Le CIUSSS MCQ, en chiffres (au 31 mars 2019)

17 401 EMPLOYÉS **40** ans âge moyen



490 gestionnaires



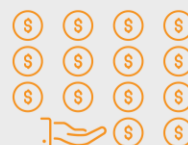
974 médecins

2 000 bénévoles

459 spécialistes
ET
515 omnipraticiens
dont 393 en GMF

Budget

1,51 milliard
Opération



Vocation universitaire



- Campus médical de l'Université de Montréal en Mauricie
- Institut universitaire en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

141 installations



- Centre hospitalier
- CLSC
- CHSLD
- Services pour les jeunes en difficulté et leur famille
- Santé publique

- Déficience physique
- Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
- Dépendances
- Santé mentale

29 CHSLD



comptant un total de

2 496 lits



1 147 lits

en courte durée

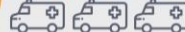


66 lits

en soins palliatifs
(CH, CHSLD et soins palliatifs)



9 urgences



1 centre de réadaptation en dépendance

1 centre de réadaptation en DITSA

1 centre de réadaptation en déficience physique
dont 79 lits d'URFI

18 fondations

QUI GÉNÈRENT

11 M\$ annuellement

2 centres de réadaptation pour les jeunes
comptant 114 lits



59 ressources intermédiaires

santé mentale, jeunesse, personnes âgées, DI-TSA



185 résidences privées pour aînés



25 groupes de médecine de famille

22 GMF et 3 GMF-U



796 ressources de type familial

santé mentale, jeunesse, personnes âgées, DI-TSA



218 organismes communautaires



1 groupe de médecine de famille-réseau



117 pharmacies communautaires



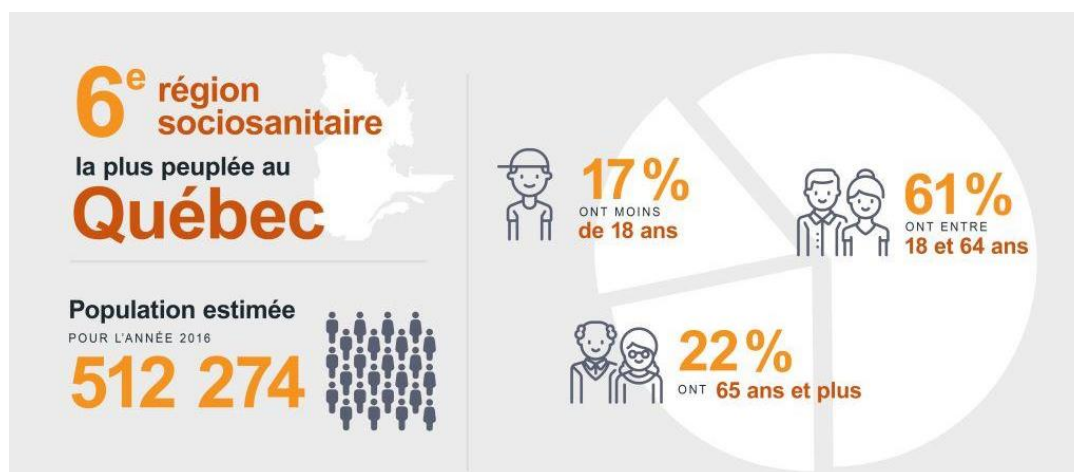
1 comité des usagers du Centre intégré (CUCI)



12 comités des usagers continués

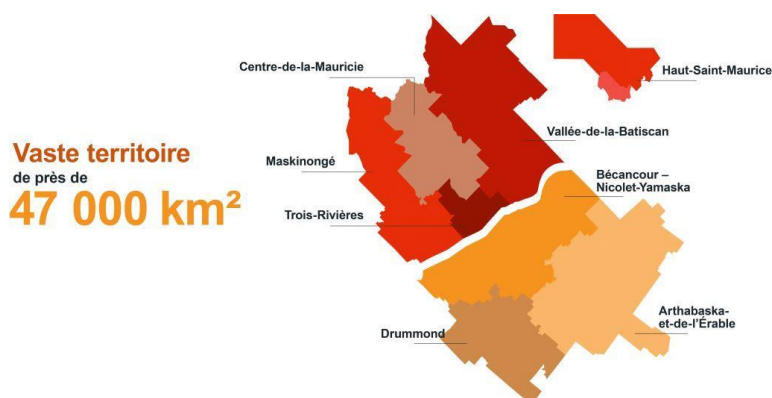


Le réseau territorial de services



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

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



Les services offerts

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

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

Désignation universitaire au CIUSSS MCQ

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

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

Contrats d'affiliation et partenariats académiques

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

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



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

Volet enseignement

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

Volet recherche

La recherche fait partie intégrante des activités du CIUSSS MCQ. Elle permet l'amélioration de la qualité des services et le développement d'innovation et de pratiques de pointe.

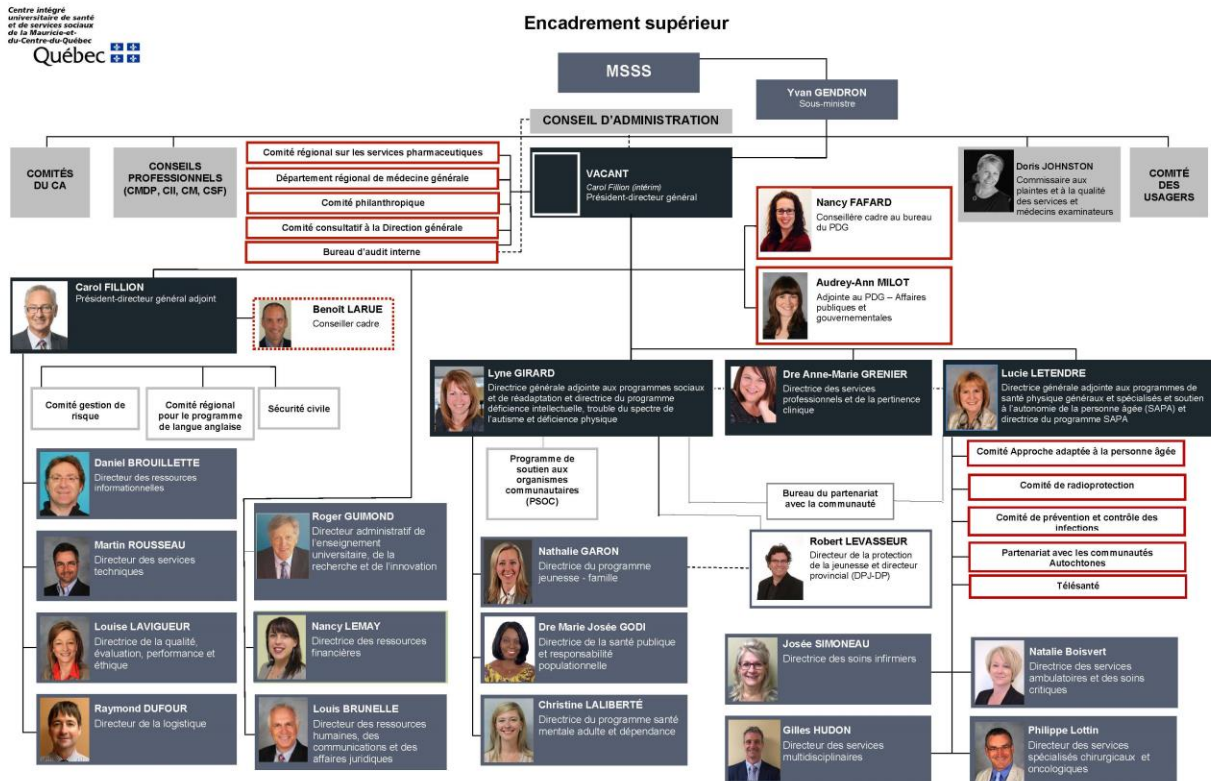
Institut universitaire (IU) en déficience intellectuelle (DI) et en trouble du spectre de l'autisme (TSA)



Une grande variété de recherches est menée à l'Institut. Les activités de diffusion et de transfert des connaissances qui en découlent sont une partie importante de la mission universitaire; ce partage se répercute par des impacts pour les usagers, les professionnels, les gestionnaires, les partenaires intersectoriels et la société dans son ensemble. Pour accomplir sa mission, l'Institut, en étroite collaboration avec la Direction du programme DITSADP, compte sur une directrice scientifique, professeure à l'Université du Québec à Montréal, une équipe de 39 chercheurs et de 28 chercheurs collaborateurs provenant de son université affiliée, l'UQTR, mais également de plusieurs universités québécoises, du RSSS, ainsi que de collaborateurs des milieux de pratique. L'Institut « par et pour tous! » a établi une relation de collaboration

avec deux autres établissements et universités : le CISSS de l'Outaouais et l'Université du Québec en Outaouais; le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et l'Université de Sherbrooke. De plus, le rayonnement international de l'Institut génère même des collaborations outre-mer.

L'organigramme du CIUSSS MCQ au 31 mars 2019



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

3.2.1 Conseil d'administration et ses comités

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

Faits saillants

En 2018-2019, le CA a tenu sept séances régulières, en plus de huit séances spéciales, avec un taux de participation de 83 %. Il a adopté 136 résolutions découlant de l'une ou l'autre de ses fonctions. La contribution collective des administrateurs est fondamentale et positionne le conseil d'administration comme un CA créateur de valeur. Voici les principaux sujets qui ont été discutés ou qui ont fait l'objet de résolutions adoptées par le conseil d'administration :

Administration des affaires de l'établissement

- Modification du *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration* et du *Règlement de régie interne du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* du CIUSSS MCQ;
- Nominations de cadres supérieurs de l'établissement;
- Désignations de soutien financier autorisé : affaires bancaires, Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), convention de soutien financier aux organismes communautaires, autorisation de projets de recherche, etc.;
- Modifications au permis du CIUSSS MCQ.

Organisation des services de l'établissement

- Modification du Plan de gouvernance médicale du CIUSSS MCQ;
- Adoption et mise à jour du Plan d'organisation du CIUSSS MCQ.

Répartition équitable et utilisation économique et efficiente des ressources

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

Entente de gestion et d'imputabilité

- Autorisation de signature de l'entente de gestion et d'imputabilité MSSS – CIUSSS MCQ 2018-2019 et de son addenda.

Pertinence, qualité, sécurité et efficience des soins et services

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

Recherche et mission universitaire

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

Reconnaissance et bons coups du CIUSSS MCQ

- Présentation des services d'intégration au travail et communautaire en DITSA;
- Prix reconnaissance Élite décerné par l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec;
- Présentation de l'aile sécurisée de l'unité de médecine générale 2N au CHAUR;
- Présentation d'un outil d'information en hébergement : *Une famille collaboratrice : l'adaptation au jour le jour*;
- Prix Profession Santé 2018 – Catégorie « Collaboration interprofessionnelle ».

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

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

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

En 2018-2019, aucune situation de manquement au code n'a été signalée ou traitée, aucune décision ou sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été suspendu ou n'a vu son mandat révoqué.

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

Composition du conseil d'administration (du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)		
Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Marcel Dubois, président du CA	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	80 %
M. Michel Larrivée, vice-président du CA	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M. Carol Fillion (M. Martin Beaumont, PDG jusqu'au 20 janvier 2019)	Président-directeur général par intérim	100 %
Poste vacant	Membre indépendant	S. O.
M ^{me} Elana MacDougall (fin de mandat au CA le 29 septembre 2018)	<i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	44 %
M ^{me} Lina Sévigny (nomination au CA le 2 novembre 2018)	Membre indépendant	100 %
M. Marc Descôteaux (démission du CA le 25 septembre 2018)	<i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	22 %
M ^{me} Diane Archambault (nomination au CA le 30 septembre 2018) (poste vacant antérieurement)	Membre indépendant <i>Expertise dans les organismes communautaires</i>	83 %
M ^{me} Carol Chiasson (nomination au CA le 30 septembre 2018)	Membre indépendant	67 %
M. Richard Desrochers (fin de mandat au CA le 29 septembre 2018)	<i>Expertise en protection de la jeunesse</i>	100 %

Composition du conseil d'administration (du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)		
Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Michel Dostie	Membre indépendant <i>Expertise en réadaptation (1)</i>	87 %
M ^{me} Chantal Plourde	Membre indépendant <i>Expertise en réadaptation (2)</i>	93 %
M ^{me} Julie Beaulieu	Membre indépendant <i>Expertise en santé mentale</i>	53 %
M ^{me} Michèle Laroche (nomination au CA le 2 novembre 2018) (poste vacant antérieurement)	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux</i>	100 %
M ^{me} Martine Lesieur (nomination au CA le 30 septembre 2018) (poste vacant antérieurement)	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ (1)	100 %
M ^{me} Catherine Parissier (nomination au CA le 30 septembre 2018)	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ (2)	83 %
M ^{me} Jessica Lesage (fin de mandat au CA le 29 septembre 2018)		67 %
Poste vacant	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>	S. O.
Dr Jocelyn Hébert (démission du CA le 2 octobre 2018)		70 %
Dr Christian Carrier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	87 %
M. Érik Samson	Membre désigné <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	100 %
M. André Poirier	Membre désigné <i>Comité des usagers du centre intégré</i>	100 %
M ^{me} Karine St-Ours	Membre désigné <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	80 %
M. Carl Montpetit	Membre désigné <i>Conseil multidisciplinaire</i>	87 %
M. Richard Beauchamp	Membre observateur <i>Fondations</i>	87 %

Pour exercer ses fonctions, le CA est soutenu par six comités :

1. Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

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

Faits saillants

En 2018-2019, le CVQ a tenu cinq séances régulières, avec un taux de participation de 92 %.

Pertinence, qualité, sécurité, efficacité des services rendus

Le comité avait deux objectifs d'amélioration, soit d'améliorer les modalités de rencontres avec les directions cliniques afin de créer de la valeur et ainsi dégager les enjeux stratégiques, de même que revoir la présentation des plaintes lors des rencontres. Ces deux objectifs ont été atteints.

Les membres ont pris connaissance des différents rapports et recommandations adressés à l'établissement qui concernent la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services, et se sont assurés qu'un suivi soit réalisé.

Gestion des risques

Un bilan des activités du comité de gestion des risques (CGR) est présenté à chaque rencontre, incluant les suivis accordés aux événements sentinelles qui sont inclus dans le tableau intégré du suivi des plans d'amélioration. De plus, un tableau de bord trimestriel sur les incidents et accidents est déposé au comité et au CA. Enfin, le comité a reçu les recommandations du CGR et a appuyé leur dépôt au CA, lorsque pertinent.

Agrément

Une correspondance a été reçue confirmant l'agrément du CIUSSS MCQ, seul établissement fusionné ayant été agréé au Québec. Le cycle est donc maintenant complété. En cours d'année, l'établissement a fourni plusieurs preuves de conformité à l'égard de certaines pratiques organisationnelles requises, notamment en septembre et décembre 2018.

Maltraitance

Le comité a été informé des grandes lignes de la *Politique ministérielle pour lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. Les membres du comité ont souligné leur accord à l'égard de cette nouvelle politique.

Amélioration continue de la qualité des soins et des services

Un tableau intégré du suivi des plans d'amélioration est déposé à chaque rencontre, ce qui facilite le suivi de ces différents rapports par le comité. Il est disponible pour la population sur le site Internet du CIUSSS MCQ.

Enfin, le comité a rencontré des directions cliniques afin qu'elles puissent témoigner de leurs démarches d'amélioration continue de la qualité, des résultats probants et des défis rencontrés. Pour le second cycle, débuté en septembre 2018, les directions cliniques étaient invitées à discuter avec les membres du comité afin de créer davantage de valeur pour l'organisation, notamment en partageant une analyse systémique des différents rapports de la direction ainsi qu'une analyse stratégique de l'environnement de type menaces, opportunités, forces et faiblesses (MOFF) permettant ainsi l'analyse des grands enjeux vécus par la direction clinique. Les directions suivantes ont été rencontrées au cours de la dernière année :

- Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée (DPSAPA);
- Direction des services ambulatoires et des soins critiques (DSASC);
- Direction des soins infirmiers (DSI);
- Direction des services spécialisés chirurgicaux et oncologiques (DSSCO).

Respect des droits des usagers

Le comité a analysé les rapports du Protecteur du citoyen et a veillé à ce qu'un suivi soit accordé à ses recommandations. Les recommandations issues des enquêtes réalisées par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, en protection de la jeunesse, sont aussi suivies par le biais du tableau intégré du suivi des plans d'amélioration. Toutes les recommandations ont été actualisées.

Le comité a reçu les recommandations et enjeux prioritaires du Comité des usagers du centre intégré (CUCI) et suivi les actions prises par l'établissement en réponse à ces recommandations. Lors du bilan de mi-année, le quart des actions étaient terminées et les autres progressaient de façon satisfaisante.

Enfin, il importe de souligner que le respect des droits des usagers est un aspect qui transcende l'ensemble des dossiers traités au CVQ. Ainsi, par son suivi et ses recommandations, le comité encourage l'établissement à agir dans le respect des droits de tous les usagers et dans un souci d'équité pour l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Traitement des plaintes des usagers

Le comité a pris connaissance de l'ensemble des plaintes traitées par le bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et par les médecins examinateurs. Il a été informé de l'état d'avancement des dossiers pour lesquels des suivis particuliers étaient nécessaires, de même que des situations problématiques. Le comité a veillé à ce que des suivis soient réalisés par les directions concernées en réponse aux recommandations. Les membres souhaitent informer le CA de la réalisation d'une amélioration quant au traitement des plaintes par les comités de discipline du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Finalement, le comité souhaite également informer le CA qu'une recommandation de la commissaire aux plaintes a été émise afin de s'assurer qu'une personne soit chargée de l'élaboration et de l'actualisation d'un plan d'action visant à réviser l'ensemble de la trajectoire de services offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Recommandations et suivis

Suite à l'analyse des plaintes, le comité a fait des recommandations afin de réduire les insatisfactions et améliorer la qualité des soins et services.

Pertinence, qualité, sécurité, efficacité des services rendus

- Appuyer la diffusion, auprès de la population, de l'obtention de l'agrément par l'établissement;
- Appuyer l'évaluation de la pertinence de saisir le MSSS de l'enjeu de la disponibilité du personnel à la DPSAPA de l'établissement;
- Appuyer la création d'une table nationale sur la gestion des salles d'urgence considérant l'importance des urgences au Québec;
- Appuyer l'adoption du projet vitrine afin que les nouvelles directions puissent avoir tous les leviers nécessaires à l'amélioration de la performance;
- Appuyer la consultation de la DSASC pour déterminer les meilleurs indicateurs de suivi des urgences;
- Soutenir la DPSAPA dans les différentes stratégies mises en place ou qui le seront dans les prochains mois considérant l'enjeu de la disponibilité du personnel;
- Influencer positivement le regard qui est porté sur le personnel œuvrant en soins infirmiers et en soins d'assistance afin de pouvoir susciter l'intérêt d'un choix de carrière.

Respect des droits des usagers

- Appuyer l'adoption, par le CA, du plan d'action en réponse aux recommandations et enjeux prioritaires formulés par le CUCI pour 2018-2019 et recevoir un bilan de son avancement deux fois par année;
- Appuyer la transmission, au MSSS, de la reddition de comptes des comités des usagers, conformément aux attentes ministérielles.

Traitement des plaintes des usagers

Appuyer l'adoption par le CA du *Rapport annuel 2017-2018 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits*.

Composition du comité de vigilance et de la qualité (du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)		
Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. André Poirier, président du comité	Membre désigné <i>Comité des usagers du centre intégré</i>	100 %
M ^{me} Carol Chiasson, vice-présidente du comité (nomination au CA le 30 septembre 2018 et au comité le 6 novembre 2018)	Membre indépendant <i>Expertise en protection de la jeunesse</i>	100 %
M ^{me} Lina Sévigny (nomination au CA le 2 novembre 2018 et au comité le 11 décembre 2018)	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %
M. Carol Fillion (M. Martin Beaumont, PDG jusqu'au 20 janvier 2019)	Président-directeur général par intérim	80 %
M ^{me} Doris Johnston	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	100 %
M. Marc Descôteaux (démission du CA le 25 septembre 2018)	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	50 %
M ^{me} Jessica Lesage (fin de mandat au CA le 29 septembre 2018)	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ (2)	100 %
La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) soutient ce comité et en assure le volet administratif. Ainsi, M ^{me} Louise Lavigneur et M. Martin D'Amour, respectivement directrice et directeur adjoint à la DQEPE, assistent également aux rencontres, de même que D ^r Luc Marchand, médecin examinateur, qui y participe de façon ponctuelle.		

2. Comité de gouvernance et d'éthique (CGE)

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

Faits saillants

En 2018-2019, le CGE a tenu quatre rencontres avec un taux de participation de 85 %. Il a élaboré, mis à jour et recommandé différents documents au CA et a participé à des activités telles que :

Suivi du Plan d'action pour l'amélioration du fonctionnement du CA 2018-2019

Les membres du comité ont formulé, pour 2018-2019, des objectifs dans le cadre du Plan d'action pour l'amélioration du fonctionnement du CA afin d'améliorer, notamment :

- la compréhension des membres dans la définition des rôles et des responsabilités des sous-comités du CA;
- la contribution du collectif dans la prise de décision du CA;
- les outils d'évaluation du rendement de l'organisation et du CA.

Code d'éthique et de déontologie des membres du CA

- Mise à jour annuelle des déclarations d'intérêts des administrateurs.

Formation continue des administrateurs

- Formation sur l'intelligence collective en gouvernance;
- Élaboration d'un guide de mentorat au sein du CA.

Règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement

- Organisation d'une session intensive le 25 septembre 2018 : engagements stratégiques et projection vers l'avenir, présentation du portefeuille de projets de l'établissement, mise à jour du tableau de bord du CA et trajectoire de services en santé mentale adulte;
- Suivi du processus annuel d'appréciation de la contribution des administrateurs et du rendement du président du CA;
- Élaboration d'un logigramme du processus de prise de décision collective du CA;
- Travaux en cours pour l'élaboration d'une politique sur l'évaluation du rendement et de l'efficacité du système de gouvernance.

Recommandations et suivis

- Adoption de la mise à jour de la *Politique d'accueil et d'intégration des nouveaux administrateurs*;
- Adoption de la mise à jour du *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration* du CIUSSS MCQ;
- Mise en place d'un document complémentaire pour améliorer les échanges lors de la présentation du rapport des présidents des comités du CA.

Composition du comité de gouvernance et d'éthique (du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)		
Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Michel Larrivée, président du comité	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M. Érik Samson, vice-président du comité	Membre désigné <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	100 %
M. Michel Dostie, secrétaire du comité	Membre indépendant <i>Expertise en réadaptation (1)</i>	100 %
M. Carol Fillion (M. Martin Beaumont, PDG jusqu'au 20 janvier 2019)	Président-directeur général par intérim	100 %
M. Marcel Dubois, président du CA	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	0 %
M ^{me} Julie Beaulieu (démission du comité le 6 novembre 2018)	Membre indépendant <i>Expertise en santé mentale</i>	50 %
M. Richard Desrochers (fin de mandat au CA le 29 septembre 2018)	Membre indépendant <i>Expertise en protection de la jeunesse</i>	100 %
La Présidence-direction générale (PDG) soutient ce comité et en assure le volet administratif. Ainsi, M ^{me} Annie Lavigne, spécialiste en procédés administratifs à la PDG, assiste également aux rencontres.		

3. Comité de vérification (CV)

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

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

Faits saillants

Le CV a tenu six rencontres en 2018-2019 avec un taux de participation de 83 %. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été traitées :

Utilisation optimale des ressources

- Rapport trimestriel AS-617 à la période 12 en 2017-2018 et aux périodes 3, 6 et 9 en 2018-2019;
- Prévisions budgétaires 2018-2019;
- Liste des contrats supérieurs à 100 000 \$;
- Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) 2017-2018 et 2018-2019;
- Reddition de comptes :
 - Gestion contractuelle des organismes publics – Loi sur les contrats des organismes publics,
 - Engagements financiers supérieurs à 4 M\$, 2017-2018,
 - Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs (LGCE) – Contrats de service conclus de plus de 25 000 \$ (périodes du 1^{er} octobre 2017 au 31 mars 2018 et du 1^{er} avril au 30 septembre 2018);
- Bureau de l'auditeur interne :
 - Plan d'action – Registre d'accessibilité;
 - Sommaire du rapport d'audit interne sur la conformité des processus de gestion des identités et des accès (GIA) de l'applicatif Purkinje –Dossier patient électronique (DPE);
- Régime d'emprunt à long terme : 1^{er} juillet 2018 au 31 décembre 2019;
- Cession d'une parcelle de terrain à Gestion F. Paré;
- Changement de signataires au compte bancaire du CIUSSS MCQ;
- Présentation du nouvel organigramme à la Direction des ressources financières;
- Planification budgétaire 2019-2020;
- Planification annuelle des investissements en immobilisation et équipements;
- Autorisation de dépenses des hors-cadre.

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

- Gestion intégrée des risques – Registre d'identification des risques organisationnels;
- Bilan annuel 2017-2018 concernant la sécurité informationnelle;
- Plan de gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle.

Travaux réalisés avec l'auditeur externe nommé par le CA

- Rapport financier annuel au 31 mars 2018;
- Rapport financier annuel consolidé – Fonds de Santé au travail au 6 janvier 2018;
- Suivi des réserves émises par l'auditeur indépendant pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2017;
- Lettre d'attestation relative aux événements postérieurs au 31 mars 2018;
- Mandat d'audit externe 2018-2019 et lettre mission.

Autres travaux réalisés à la demande du CA

- Nomination de l'auditeur externe – Exercice financier 2018-2019;
- Appels d'offres de l'auditeur indépendant.

Indicateurs de suivi utilisés pour l'accomplissement du mandat

- Rapports financiers 2017-2018 aux périodes 11, 12 et 13, et 2018-2019 aux périodes 4, 5, 6, 7, 8 et 9.

Recommandations

Les membres du CV ont fait les recommandations suivantes au CA :

Utilisation optimale des ressources

- Prévisions budgétaires 2018-2019;
- Régime d'emprunt à long terme : 1^{er} juillet 2018 au 31 décembre 2019;
- Cession d'une parcelle de terrain à Gestion F. Paré;
- Changement de signataires au compte bancaire du CIUSSS MCQ;
- Planification annuelle des investissements en immobilisation et équipements.

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

- Bilan annuel 2017-2018 concernant la sécurité informationnelle;
- Plan de gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle.

Travaux réalisés avec l'auditeur externe nommé par le CA

- Rapport financier annuel au 31 mars 2018;
- Rapport financier annuel consolidé – Fonds de Santé au travail au 6 janvier 2018.

Autres travaux réalisés à la demande du CA

- Nomination de l'auditeur externe – Exercice financier 2018-2019.

Composition du comité de vérification (du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)		
Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M ^{me} Diane Archambault, présidente du comité (nomination au CA le 30 septembre 2018 et au comité le 6 novembre 2018)	Membre indépendant <i>Expertise dans les organismes communautaires</i>	100 %
M ^{me} Martine Lesieur, vice-présidente du comité (nomination au CA le 30 septembre 2018 et au comité le 11 décembre 2018)	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ (1)	50 %
M. Michel Dostie, secrétaire du comité	Membre indépendant <i>Expertise en réadaptation (1)</i>	83 %
M. Marcel Dubois, président du CA	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	83 %
M ^{me} Michèle Laroche (nomination au CA le 2 novembre 2018 et au comité le 11 décembre 2018)	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %
M ^{me} Chantal Plourde (démission du comité le 11 décembre 2018)	Membre indépendant <i>Expertise en réadaptation (2)</i>	75 %
M. Marc Descôteaux (démission du CA le 25 septembre 2018)	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	67 %

Composition du comité de vérification (du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)		
Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Richard Desrochers (fin de mandat au CA le 29 septembre 2018)	Membre indépendant Expertise en protection de la jeunesse	100 %
La Direction des ressources financières (DRF) soutient ce comité et en assure le volet administratif. Ainsi, M ^{me} Nancy Lemay, directrice de la DRF, assiste également aux rencontres.		

4. Comité sur les ressources humaines (CRH)

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

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

Faits saillants

Le CRH a tenu cinq rencontres avec un taux de participation de 92 %. Ce comité n'est pas une instance obligatoire, mais joue un rôle de vigie quant aux ressources humaines. Les membres du comité ont eu accès aux divers documents suivants :

- Modification du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux;
- Politiques locales de gestion;
- Plan d'action Entreprise en santé;
- Négociations et implantation des matières locales;
- Virage prévention;
- Santé et mieux-être des gestionnaires;
- Image de marque – Stratégie intégrée interne et externe;
- Rehaussement de postes.

Recommandations et suivis

Les membres du CV ont fait les recommandations suivantes au CA :

- L'adoption de la résolution proposant que les cadres supérieurs du CIUSSS MCQ doivent offrir une disponibilité continue sur une base régulière, de confirmer que ceux-ci doivent être de garde à tour de rôle afin de couvrir l'ensemble du territoire et qu'à compter du 1^{er} avril 2018, une allocation leur soit versée, et ce, conformément aux dispositions prévues par le Règlement;
- L'adoption des 13 politiques locales de gestion;
- Que le choix de limite par réclamation à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) pour 2019 soit de neuf fois le salaire maximum assurable;
- Un suivi des indicateurs en lien avec la politique Promotion de la civilité et prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail est rendu public via le site Internet du CIUSSS MCQ;
- Un suivi des indicateurs reliés au capital humain et des cibles visées est fait à chaque rencontre (tableaux de bord RH).

Composition du comité sur les ressources humaines (du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)		
Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M ^{me} Chantal Plourde, présidente du comité	Membre indépendant <i>Expertise en réadaptation (2)</i>	100 %
M. Michel Larrivée, vice-président du comité	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M. André Poirier	Membre désigné <i>Comité des usagers du centre intégré</i>	100 %
M ^{me} Julie Beaulieu (nomination au comité le 6 novembre 2018)	Membre indépendant <i>Expertise en santé mentale</i>	33 %
M. Carl Montpetit (nomination au comité le 6 novembre 2018)	Membre désigné <i>Conseil multidisciplinaire</i>	100 %
M ^{me} Elana MacDougall (fin de mandat au CA le 29 septembre 2018)	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %
La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) soutient ce comité et en assure le volet administratif. Ainsi, M. Louis Brunelle, directeur de la DRHCAJ, assiste également aux rencontres		

5. Comité sur la responsabilité populationnelle (CRP)

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

Faits saillants

Le comité sur la responsabilité populationnelle a tenu quatre rencontres avec un taux de participation de 93 %.

Suivi du Plan d'action pour l'amélioration du fonctionnement du comité sur la responsabilité populationnelle 2018-2019

Les membres du comité ont formulé, en mai 2018, quatre objectifs dans le cadre du Plan d'action pour l'amélioration du fonctionnement du comité sur la responsabilité populationnelle. Ces quatre objectifs étaient :

- d'assurer le suivi du dossier de la légalisation du cannabis;
- d'assurer le suivi de la démarche des projets cliniques;
- de s'assurer d'avoir une vision d'ensemble des actions réalisées en lien avec la responsabilité populationnelle;
- de suivre la mise en place et l'évolution du Bureau du partenariat avec la communauté.

Accompagnement sur la légalisation du cannabis

Suite aux différentes structures qui ont été mises en place par le CIUSSS MCQ concernant la légalisation du cannabis, le comité a été informé régulièrement des rencontres et des arrimages à venir en cohérence avec la Politique pour un environnement sans fumée. Le dossier de la légalisation du cannabis a été suivi de manière statutaire par le comité pendant la dernière année.

Bureau du partenariat avec la communauté et projets cliniques

Les travaux du Bureau du partenariat avec la communauté ont été présentés aux membres du comité pour soutenir le développement des projets cliniques.

Vision d'ensemble des actions réalisées en lien avec la responsabilité populationnelle

Les travaux sur la préparation d'un tableau de bord sur la responsabilité populationnelle se sont poursuivis.

Le comité a aussi pris connaissance des dossiers suivants qui ont par la suite été acheminés au CA :

- **Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité**
- **Cadre de référence pour l'organisation des soins et services de proximité dans la perspective d'une stratégie de santé primaire en partenariat avec les usagers**
Les membres ont signifié le souhait d'être informés de l'évolution de l'actualisation du Plan d'action et ont recommandé l'adoption du projet de cadre de référence au CA du CIUSSS MCQ.
- **Crédits de développement du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)**
Suite à un rehaussement budgétaire annoncé par le MSSS, les membres ont été informés des critères d'éligibilité du MSSS et de la procédure régionale d'attribution des subventions du PSOC.
- **Projet de politique sur la transparence**
Les membres ont été consultés par le PDG pour commenter un projet de politique sur la transparence. Les suites à ce sujet sont à venir.

Composition du comité sur la responsabilité populationnelle (du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)		
Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Michel Dostie, président du comité	Membre indépendant <i>Expertise en réadaptation (1)</i>	100 %
M ^{me} Chantal Plourde, vice-présidente du comité	Membre indépendant <i>Expertise en réadaptation (2)</i>	100 %
M. Carl Montpetit	Membre désigné <i>Conseil multidisciplinaire</i>	100 %
M ^{me} Karine St-Ours (nomination au comité le 2 octobre 2018)	Membre désigné <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	50 %
D ^r Jocelyn Hébert (démission du CA le 2 octobre 2018)	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>	100 %
M ^{me} Lyne Girard, secrétaire du comité	Directrice générale adjointe aux programmes sociaux et de réadaptation et directrice du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique	100 %
M ^{me} Lucie Letendre	Directrice générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et directrice du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée	75 %
D ^{re} Marie Josée Godi	Directrice de santé publique et responsabilité populationnelle	100 %
La Direction générale adjointe aux programmes sociaux et de réadaptation (DGA-PSR) soutient ce comité et en assure le volet administratif. M ^{me} Christine Laliberté, directrice du programme santé mentale adulte et dépendance, et leader du Bureau du partenariat avec la communauté, assiste également aux rencontres.		

6. Comité sur les demandes de nomination et de renouvellement du statut et des privilèges ainsi que sur l'évaluation des mesures disciplinaires à l'égard d'un membre du CMDP

Ce comité a le mandat d'évaluer les recommandations formulées par le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) à la suite de l'examen d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien et de proposer la mesure disciplinaire à prendre à l'égard de celui-ci. Il analyse également les avis défavorables soumis à son attention relativement aux demandes de nomination et de renouvellement du statut et des privilèges des membres du CMDP et émet une recommandation au CA.

Faits saillants

Le comité a tenu cinq rencontres avec un taux de participation de 87 %.

Étant donné le caractère confidentiel des dossiers de ce comité, aucune donnée ne paraît dans le rapport annuel.

Composition du comité sur les demandes de nomination et de renouvellement des privilèges ainsi que sur l'évaluation des mesures disciplinaires à l'égard d'un membre du CMDP (du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)		
Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M ^{me} Michèle Laroche, présidente du comité (nomination au CA le 2 novembre 2018)	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	67 %
M ^{me} Carol Chiasson, vice-présidente du comité (nomination au CA le 30 septembre 2018)	Membre indépendant <i>Expertise en protection de la jeunesse</i>	100 %
M. Michel Larrivée	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M ^{me} Chantal Plourde	Membre indépendant <i>Expertise en réadaptation (2)</i>	40 %
M. André Poirier	Membre désigné <i>Comité des usagers du centre intégré</i>	100 %
M. Carol Fillion (M. Martin Beaumont, PDG jusqu'au 20 janvier 2019)	Président-directeur général par intérim	100 %
Le Service des affaires juridiques de la DRHCAJ soutient ce comité, en assure le volet administratif et une professionnelle du Service assiste également aux rencontres.		

3.2.2 Comités, conseils et instances

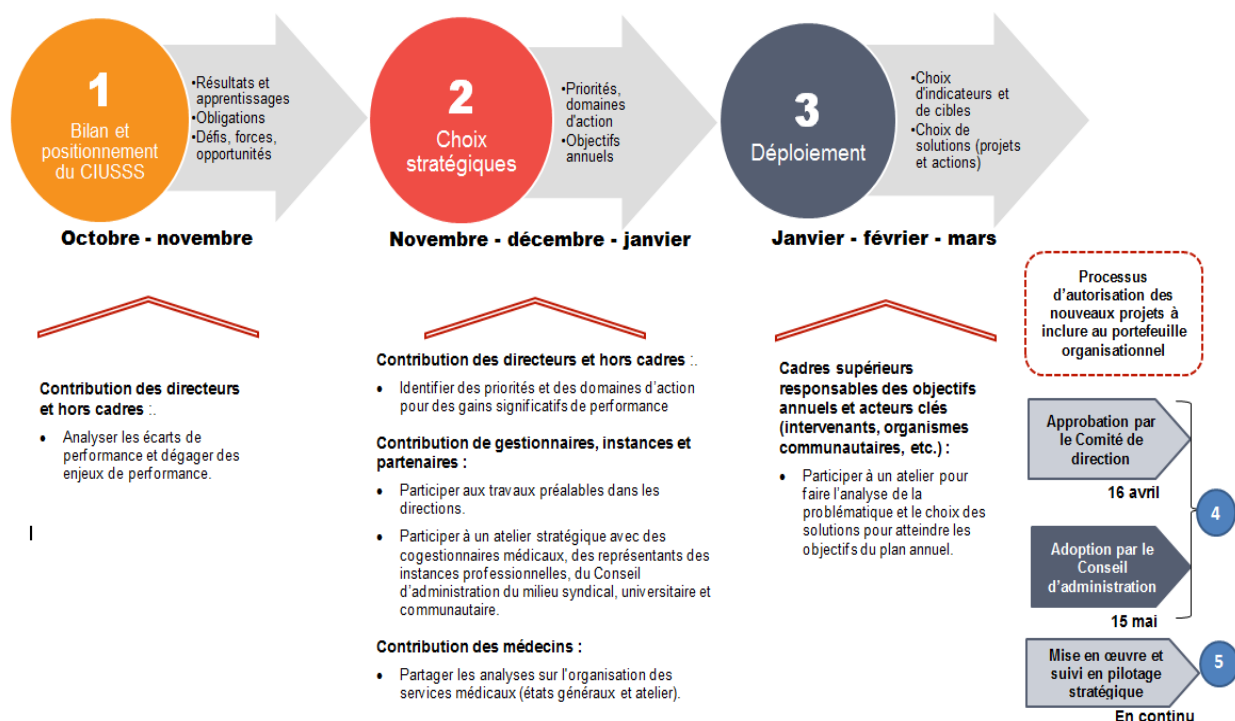
- Comité consultatif à la direction générale
- Comité d'éthique clinique et organisationnelle
- Comité d'éthique de la recherche – volet médical
- Comité d'éthique de la recherche – volet psychosocial
- Comité de gestion des risques (CGR)
- Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- Conseil multidisciplinaire (CM)
- Conseil des sages-femmes (CSF)
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- Département régional de médecine générale (DRMG)
- Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Comité philanthropique
- Comité des usagers

Pour en apprendre davantage sur les fonctions, les membres, les faits saillants et les recommandations de ces comités, conseils et instances, nous vous invitons à consulter le Rapport des comités, conseils et instances du CIUSSS MCQ disponible sur le site Web au www.ciuusssmcq.ca.

3.3 Les faits saillants

Plan annuel 2018-2019

Pour sa troisième planification annuelle, le CIUSSS MCQ a actualisé une démarche structurée et davantage participative permettant de se concentrer sur des gains majeurs de performance pour la population. Cette démarche révisée visait à intégrer, de façon plus importante, les analyses des gestionnaires, intervenants et médecins, mais aussi des représentants des instances du CIUSSS MCQ, des usagers-ressources, des comités d'usagers, des milieux syndical, universitaire et communautaire. Tenue en janvier 2018, cette vaste consultation a permis d'orienter les choix stratégiques découlant des 4 priorités préidentifiées sur une perspective de 2 ans. Plus spécifiquement, le processus qui a guidé l'élaboration du plan annuel est le suivant :



Ainsi, le CIUSSS MCQ a inscrit à sa planification 4 priorités, 16 domaines d'action et 23 objectifs qui chapeautent 31 cibles. Afin d'atteindre ces cibles, des actions structurantes et 76 projets en ont découlé. De plus, 4 nouveaux projets se sont ajoutés en cours d'année.

Un suivi rigoureux des résultats et des projets associés à chaque cible a été réalisé à l'intérieur des séances mensuelles de pilotage stratégique du comité de direction, ainsi que par la revue trimestrielle du tableau de bord du CA. De nombreux projets et actions liés au plan annuel ont été réalisés en cours d'année. Bien que ceux-ci ne soient pas tous terminés, les efforts engendrés par ces actions et projets continuent de produire des effets sur les résultats attendus. Pour certaines cibles, l'année 2018-2019 a permis d'établir des préalables nécessaires à l'actualisation des résultats ou encore à mettre en place de meilleures solutions pour éviter une détérioration plus importante. Globalement, 52 % des cibles du plan annuel 2018-2019 sont atteintes ou sont à un niveau de 80 % ou plus.

Portefeuille organisationnel de projets 2018-2019

Pour une première année, le CIUSSS MCQ a expérimenté un portefeuille de projets évolutif, c'est-à-dire dont la composition est revue chaque trimestre afin de maintenir une certaine agilité en fonction de nouvelles priorités ou obligations qui pourraient survenir en cours d'année, tout en considérant la capacité organisationnelle. Ainsi, pour

l'année 2018-2019, le portefeuille organisationnel était composé de 150 projets, dont 53 % de ceux-ci étaient directement alignés avec les objectifs stratégiques du plan annuel. Parmi les 150 projets :

- 23 % se sont terminés. L'objectif souhaité était certes plus élevé, mais le contexte et la capacité limitée de plusieurs directions ont forcé un ralentissement du rythme de réalisation.
- Pour les projets toujours en cours de réalisation, 45 % d'entre eux ont un taux d'avancement de plus de 60 %. Il est à noter que plusieurs projets se déroulent sur plus d'une année, ce qui explique le faible taux d'avancement de certains d'entre eux.

Statut des projets	% de projets	Nombre de projets		Avancement des projets <i>En cours de réalisation</i>	% de projets	Nombre de projets
Terminé	23 %	34		Moins de 20 %	14 %	16
Aboli	1 %	1		20-39 %	20 %	22
Temporairement arrêté	1 %	1		40-59 %	21 %	23
Non commencé	2 %	3		60-79 %	28 %	31
En cours de réalisation	75 %	112		80-99 %	17 %	19
Total général	100 %	150		Total général	100 %	111

Dans les pages suivantes, vous trouverez un bilan des priorités, cibles et résultats au 31 mars 2019 et l'avancement des projets liés au plan annuel qui ont été mis en place ou qui se sont poursuivis au cours de l'année 2018-2019.

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

1.1 Santé du personnel		Cible	Résultat
Objectifs	1.1.1 Diminuer le nombre d'accidents reliés aux déplacements des usagers	≤ 179	296
	1.1.2 Diminuer les absences maladies long terme causées par des problèmes de santé psychologique		
	Taux d'heures en assurance salaire dues à des problèmes de santé psychologique	≤ 2,9 %	3,7

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

Projet 1 : Évaluer les risques pour mieux prévenir (Réalisé à 100 %)

Le déplacement sécuritaire des usagers permet de diminuer les accidents. Afin de mettre en place les principes de base de cette approche, une équipe a procédé à l'identification et à l'évaluation des risques liés aux déplacements des usagers dans différents services et secteurs d'activités prioritaires soit les centres d'hébergement Laflèche et Frederick-George-Heriot, ainsi que les trois services de médecine et chirurgie de l'Hôpital Sainte-Croix.

Projet 2 : Mettre en place le réseau DIR (Réalisé à 100 %)

La détresse psychologique peut prendre différentes formes, par exemple, lorsqu'une personne vit une séparation, des difficultés avec son enfant ou au travail et des problèmes financiers. Le projet DIR (Dialoguer, identifier et référer), qui vise à préserver la santé psychologique du personnel dans son milieu de travail, a été lancé dernièrement à l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville. Près d'une trentaine d'employés agissent volontairement pour offrir une écoute et recommander à leurs collègues des ressources d'aide du territoire. Ces personnes ressources proviennent de tous les quarts de travail et de différents secteurs de l'installation.

Projet 3 : Gérer efficacement la période d'absence (Réalisé à 90 %)

Dans le but d'améliorer les processus de gestion des absences des employés, tout le cheminement d'une demande d'absence a été revu afin que chacun puisse jouer son rôle de façon optimale dans la réception, l'inscription et le traitement de l'absence.

Projet 4 : Former pour un retour au travail réussi (Réalisé à 100 %)

Deux ateliers distincts ont été offerts à l'ensemble des gestionnaires afin de leur permettre de développer des habiletés de gestion permettant de rendre le milieu de travail plus sain et plus favorable à la présence au travail. Le premier atelier portait sur les six déterminants de la santé psychologique au travail et sur les comportements à adopter pour éviter que les déterminants deviennent des facteurs de risque et qu'ils soient plutôt des facteurs de protection. Le deuxième atelier présentait les bonnes pratiques à adopter en cas d'invalidité dans le cadre d'un retour au travail.

Projet 5 : Soutenir l'amélioration continue par la transformation du système de gestion (Réalisé à 45 %)

Les intervenants du CIUSSS MCQ sont les piliers de l'amélioration continue des soins et services offerts aux usagers. Afin de les soutenir dans le bon déroulement de leur travail et la réalisation de ces améliorations au quotidien, il s'avère essentiel que les gestionnaires mettent en place des pratiques de gestion qui permettent d'être à l'écoute des difficultés rencontrées, de l'état de l'équipe et des solutions proposées. Ainsi, le rapport d'état (RE) consiste à ce que le gestionnaire recueille régulièrement auprès de son équipe les informations critiques et essentielles au bon déroulement des activités et apporte le soutien nécessaire. Le caucus, quant à lui, est un court moment où l'équipe et le gestionnaire se rencontrent devant une station visuelle où l'on prend connaissance de la performance du service, l'on convient des améliorations à apporter et en réalise le suivi. La transformation des pratiques de gestion témoigne d'un changement de culture important axé sur l'amélioration continue des soins et services. Ce projet est donc d'envergure organisationnelle. Le déploiement organisationnel du RE s'est amorcé en 2017 et celui du caucus en 2018. À ce jour, 45 % des gestionnaires utilisent le rapport d'état et 9 % des gestionnaires opérationnels réalisent un caucus et animent leur station visuelle.

1.2. Présence et rétention		Cible	Résultat
Objectif	1.2.1 Augmenter le taux de rétention du personnel et prioritairement des préposés aux bénéficiaires		
	Nombre de départs de préposés aux bénéficiaires pour motif relié à l'organisation	< 70	131

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

Projet 1 : Former dans l'action pour une intégration optimale (Réalisé à 30 %)

Afin de favoriser l'intégration des préposés aux bénéficiaires (PAB) au sein de l'organisation, un projet d'accueil et d'intégration par cohorte a été développé. Celui-ci consiste en une formation active dans le milieu de travail où l'apprentissage se fait par une prise en charge graduelle d'usagers. Deux cohortes totalisant six étudiants, accompagnés par deux « PAB parrains » à l'interne, ont participé au projet pilote réalisé au Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot de Drummondville. Après trois mois, cinq PAB (83 %) étaient toujours à l'emploi. Les commentaires recueillis étaient tous très positifs, autant du côté des parrains que des étudiants, et touchaient notamment le fait qu'ils étaient beaucoup mieux préparés à réaliser leurs tâches. Le déploiement de ce projet a donc permis d'identifier les prémisses de base à l'intégration réussie d'une ressource au cœur des équipes : le maintien d'une communication répondant aux préoccupations des intervenants, la clarification des rôles et responsabilités, ainsi que l'assurance d'un climat de travail sain. La réussite de ce projet amènera d'ailleurs prochainement de nouvelles cohortes au Centre d'hébergement du Roseau de Victoriaville et au Centre Cloutier-du Rivage de Trois-Rivières.

3.3.2 Priorité 2 – Accès aux soins et services de proximité

2.1 Utilisation des services		Cible	Résultat
Objectif	2.1.1 Augmenter le nombre de services qui offrent l'accès adapté à leur clientèle afin de réduire le recours à l'urgence		
	Nombre de visites ambulatoires au CHAUR cotées non urgentes (P4-P5) pour référence à un spécialiste.	3 400	3 830

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

Projet 1 : Favoriser l'accès adapté aux soins et services pour la population (Réalisé à 100 %)

L'accessibilité aux soins et services étant au cœur de nos priorités, le CIUSSS MCQ souhaite déployer l'accès adapté aux services de proximité à différentes clientèles. L'accès adapté est une organisation de services, connue de la clientèle et de la première ligne, permettant l'accès aux services requis à un usager en temps opportun et en fonction de sa condition. Il est fondé sur cinq principes directeurs : équilibrer l'offre et la demande de services, réduire les retards accumulés, revoir le système de rendez-vous, dresser des plans de contingence et intégrer la pratique multidisciplinaire. Afin de valider si l'offre de service des secteurs existants respecte la définition et les principes directeurs, un recensement a été effectué. Certaines spécialités ont ensuite été ciblées afin d'évaluer la faisabilité et la pertinence d'y implanter l'accès adapté.

Au CHAUR, pour 2019-2020, il est prévu de diminuer à moins de 3 400 le nombre de visites ambulatoires cotées non urgentes (P4-P5) pour consultation avec un spécialiste (au 31 mars 2018 : 3 574). Pour ce faire, la neurologie et la gastroentérologie seront les premiers secteurs évalués afin de permettre aux cliniques médicales de référer en médecine de jour la clientèle ambulatoire cotée non urgente nécessitant une consultation avec de tels spécialistes.

Projet 2 : Implanter l'accès adapté à la clinique de cardiologie du CHAUR (Projet aboli)

La faisabilité et la pertinence d'implanter l'accès adapté à la clinique externe de cardiologie du CHAUR ont été évaluées. Selon les données de l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS), les cibles de performance attendues sont largement dépassées. En effet, du 31 octobre 2016 au 26 mai 2018, pour l'ensemble des priorités, plus de 93 % des requêtes ont été réalisées dans les délais et cette performance s'est maintenue pour l'année 2018-2019. De plus, le taux de conversion des demandes de consultation en admissions est de 87 %. Outre la clinique ambulatoire, un cardiologue de garde est aussi disponible afin de répondre aux appels des cliniques médicales. Ainsi, si le portrait clinique de l'usager le permet, cela a pour effet d'éviter un passage à l'urgence.

Par conséquent, considérant que l'offre de service actuelle permet déjà de répondre aux demandes ambulatoires en provenance des médecins de la communauté, il a été convenu de ne pas implanter l'accès adapté à la clinique externe de cardiologie du CHAUR.

Projet 3 : Être vu au bon endroit au bon moment afin de diminuer les visites à l'urgence (Réalisé à 50 %)

Dans le cadre du *Projet Vitrine*, des investissements majeurs ont été effectués en première ligne (médecine de jour, soins infirmiers courants) et des travaux, visant notamment à améliorer la fluidité des épisodes de soins et la performance des urgences, sont en cours de réalisation. Au cours de l'année, différents comités ont travaillé à :

- l'implantation d'une stratégie de santé primaire par la mise en place d'un cadre de référence pour l'organisation des soins et des services de proximité en partenariat avec l'usager;
- la mise en place de l'accès populationnel en adoptant, par l'optimisation de l'offre de service de la première ligne, un modèle clinique orienté en grande partie sur les besoins particuliers de la clientèle vulnérable ou ayant une maladie chronique stable;
- l'intégration de la première ligne avec les soins critiques (urgences, soins intensifs et unité coronarienne) en développant des stratégies alternatives à l'urgence et à l'hospitalisation, dont l'implantation de l'accès adapté;
- l'amélioration de la gestion des lits par la mise en place d'actions favorisant la fluidité des épisodes de soins vers les unités de soins afin d'éviter les séjours de plus de 24 heures à l'urgence;

- l'information et l'éducation à la population et aux intervenants sur les différents services de proximité offerts afin que les usagers puissent être vus au bon endroit au moment opportun.

Comparatif 2017-2018 et 2018-2019 du nombre de visites ambulatoires P4-P5 à l'urgence

Urgences	Visites totales à l'urgence		Visites ambulatoires P4-P5	
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019
Centre de services du Haut-Saint-Maurice	12 823	12 456	8 324 (64,9 %)	8 203 (65,9 %)
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	29 792	30 488	11 262 (37,8 %)	11 198 (36,7 %)
Centre de services Avellan-Dalcourt	27 222	25 989	20 257 (74,4 %)	18 774 (72,2 %)
Centre Cloutier-du Rivage	20 422	20 477	15 559 (76,2 %)	15 360 (75,0 %)
CHAU	59 233	56 382	21 383 (36,1 %)	19 210 (34,1 %)
Centre Christ-Roi	23 913	21 544	18 514 (77,4 %)	16 065 (74,6 %)
Hôpital Sainte-Croix	43 559	41 430	19 161 (44,0 %)	17 282 (41,7 %)
Centre Fortierville	16 615	15 281	13 678 (82,3 %)	12 613 (82,5 %)
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	39 144	37 725	21 300 (54,4 %)	19 393 (51,4 %)
Région MCQ	272 723	261 772	149 438 (54,8 %)	138 098 (52,8 %)

Date d'extraction : 15 avril 2019

Source d'extraction : Entrepôt de données SIURGE

Comparatif 2017-2018 et 2018-2019 de la durée moyenne de séjour (DMS) des usagers sur civière et du délai de prise en charge en moins de deux heures

Urgences	Durée moyenne de séjour (DMS) des usagers sur civière (cible : < 11 heures)		Délai de prise en charge en moins de 2 heures (cible : > 75 %)	
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019
Centre de services du Haut-Saint-Maurice	8,6	8,0	60,0 %	62,6 %
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	11,5	11,3	57,6 %	61,6 %
Centre de services Avellan-Dalcourt	9,6	9,3	54,9 %	49,5 %
Centre Cloutier-du Rivage	4,3	4,1	48,9 %	55,1 %
CHAU	15,7	15,8	52,2 %	55,8 %
Centre Christ-Roi	10,1	10,1	44,6 %	48,2 %
Hôpital Sainte-Croix	11,5	11,2	48,8 %	51,2 %
Centre Fortierville	6,5	6,0	59,8 %	67,4 %
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	8,0	7,6	59,1 %	59,7 %
Région MCQ	11,7	11,5	53,5 %	56,0 %

Date d'extraction : 11 avril 2019

Source d'extraction : Banque de données commune des urgences (BCDU)

Comparatif 2017-2018 et 2018-2019 du délai moyen entre l'arrivée du patient à l'urgence, la demande d'hospitalisation et le départ du patient de l'urgence

Urgences	Délai moyen entre l'arrivée du patient à l'urgence et la demande d'hospitalisation (en heures)		Délai moyen entre la demande d'hospitalisation et le départ du patient de l'urgence (en heures)	
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019
Centre de services du Haut-Saint-Maurice	9,0	8,0	3,4	2,2
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	9,1	8,8	3,4	3,9
Centre de services Avellan-Dalcourt	13,4	11,7	0,4	0,7
CHAU	13,6	12,7	5,3	6,6
Hôpital Sainte-Croix	9,5	9,3	4,9	4,2
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	5,4	5,4	4,9	3,9
Région MCQ	10,3	9,9	4,8	5,1

Date d'extraction : 11 avril 2019

Source d'extraction : Banque de données commune des urgences (BDCU)

2.2 Soins et services dans la communauté		Cible	Résultat
Objectif	2.2.1 Adapter l'accès à nos soins et services afin de rejoindre les clientèles vulnérables ciblées et répondre à leurs besoins		
	Taux d'implantation de la stratégie pour assurer l'accessibilité, la qualité, la continuité des soins et services à la clientèle en itinérance dans chaque programme-services.	40 %	36
	- Taux de réalisation de chacun des plans d'action visant à améliorer l'offre de services : - aux réfugiés et immigrants; - aux Premières nations et Inuits.	50 %	49
		50%	80
	Taux de réalisation du plan d'action visant à améliorer l'offre de services aux clientèles vulnérables aux infections transmissibles sexuellement et par le sang.	70 %	60

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

Projet 1 : Favoriser l'accès aux services sociaux et de santé pour les personnes itinérantes ou à risque de le devenir (Réalisé à 40 %)

L'accès aux services du réseau est particulièrement difficile pour les personnes itinérantes ou à risque de le devenir. En effet, la complexité des problèmes vécus par ces personnes, telles les conditions de vie précaires et l'absence d'un lieu fixe de résidence posent un énorme défi au réseau de la santé. Par exemple, l'absence de pièces d'identité, de moyens de communication (téléphone, Internet) et de transport complique grandement la capacité des personnes à accéder aux services qui sont offerts par l'établissement. Fixer un rendez-vous à des personnes que l'on ne peut joindre facilement ou qui changent constamment de lieu de résidence devient vite un obstacle majeur. De plus, les personnes itinérantes ou à risque de le devenir sont souvent aux prises avec des problèmes multiples qui impliquent plusieurs types d'intervention (santé mentale, dépendance, santé physique, perte d'autonomie, etc.). Dans un tel contexte, les liens et la continuité entre les services requis font souvent défaut.

En ce sens, le MSSS, conformément à son plan d'action - volet itinérance, a demandé aux établissements de mettre en place une stratégie ciblée. 100 % des objectifs déterminés dans le plan d'action du MSSS pour l'année 2018-2019 ont été atteints. Un groupe de travail impliquant toutes les directions concernées du CIUSSS MCQ a été mis sur pied afin de partager les défis en matière d'accès, de continuité et de qualité des services avec les personnes

itinérantes ou à risque de le devenir. Les besoins spécifiques de ces personnes ont été identifiés et des outils seront déployés dans certains secteurs afin d'offrir une réponse mieux adaptée et plus efficace.

Projet 2 : Permettre une intégration réussie des personnes réfugiées (Réalisé à 50 %)

À leur arrivée au Québec, les personnes réfugiées obtiennent un statut de résident permanent et bénéficient de l'assurance maladie du Québec, et ce, sans délai de carence. Depuis 2011-2012, une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique et mentale est offerte à l'ensemble des personnes réfugiées arrivant dans les villes d'accueil désignées par le ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. Sur le territoire du CIUSSS MCQ, Trois-Rivières, Drummondville et Victoriaville font partie de ces villes d'accueil désignées.

Dans le but de favoriser l'intégration de manière la plus harmonieuse possible, le CIUSSS MCQ s'est donné comme objectif d'adapter l'accès aux soins et services afin de rejoindre cette population vulnérable et ainsi se conformer aux attentes ministérielles produites en 2012 et actualisées en 2018. Au cours de la dernière année, de concert avec les organismes communautaires mandatés d'accueillir les personnes réfugiées dans les villes ciblées, des travaux ont permis de mettre en place des intervenants communautaires interculturels santé et services sociaux. Une politique a également été élaborée pour guider les demandes des intervenants afin d'offrir une accessibilité linguistique à l'ensemble des usagers des services de santé et services sociaux offerts par notre organisation.

Projet 3 : Faire plus et mieux pour la sécurisation des soins et services des personnes autochtones (Réalisé à 80 %)

Notre territoire compte deux communautés de la Nation Atikamekw (Wemotaci et Opitciwan) et deux communautés de la Nation des Abénaquis (Odanak et Wôlinak). Afin de répondre aux attentes ministérielles, nous avons ciblé les mesures d'intervention suivantes : mettre en place une offre de service diversifiée, efficace, pertinente et sécurisante du point de vue des cultures autochtones; consolider les services existants; et favoriser, par la complémentarité des interventions, la création de continuums de services. Ce plan d'action sera révisé l'an prochain en fonction des besoins.

La nomination récente d'une agente à la liaison autochtone viendra enrichir l'efficacité des interventions dans le domaine de la santé et des services sociaux et contribuer à l'amélioration des conditions de vie générales des Autochtones de notre territoire. Elle a notamment comme mandat de collaborer au développement et d'implanter des stratégies régionales et des ententes de partenariat pour rendre accessibles des services de santé et des services sociaux susceptibles de répondre aux besoins spécifiques des populations visées. Elle agit aussi à titre de personne-ressource pour les communautés autochtones du territoire et les gestionnaires afin de développer et de maintenir les liens de collaboration.

Projet 4 : Rejoindre les clientèles vulnérables aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Réalisé à 60 %)

La prévalence des ITSS est en augmentation d'où l'importance de poursuivre nos efforts pour augmenter le dépistage et le traitement des ITSS. Face à cette situation, un projet pour mieux rejoindre la clientèle vulnérable a été initié dans trois RLS (Drummond, Trois-Rivières, Centre-de-la-Mauricie). L'objectif du projet est de mieux rejoindre la clientèle à risque d'être infectée par des infections qui nécessitent des suivis médicaux et des traitements à long terme (VIH, Hépatite C). Il est à noter que cette clientèle consulte peu dans les services traditionnels. Les principales actions visent donc :

- la mise en place des groupes des partenaires et des groupes d'action;
- la réalisation, pour chacun des RLS, d'un portrait des ressources et des services, du CIUSSS MCQ et des partenaires;
- la mise en œuvre d'un modèle de service optimal par RLS qui sera le fruit d'un travail collectif dans le respect des missions et du rythme de chacun. Il vise la réalisation de dépistage dans un contexte qui répond aux besoins et préférences de cette clientèle et un accès aux services le plus près de leur milieu de vie (en cours).

2.3 Partenariat		Cible	Résultat
Objectif	2.3.1 Déployer une démarche dynamique de coopération intra et intersectorielle par réseau local de services (RLS) dans les directions suivantes : Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Santé mentale, Jeunesse-famille et Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique		
	Nombre de projets améliorant la fluidité de la trajectoire par Réseau local de services.	72	38

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

Projet 1 : Déployer des tables de projet clinique dans chacun des RLS (Réalisé à 50 %)

Pour contribuer à l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de l'ensemble de la population de la région, le CIUSSS MCQ s'appuie sur trois stratégies de concertation: l'action intersectorielle, le soutien au développement des communautés et le projet clinique. Le projet clinique vise à améliorer la santé et le bien-être de la population à travers l'accès et la continuité aux services ainsi que la qualité des services sociaux et de santé. Le but du projet clinique est de répondre, en partenariats avec les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels, aux besoins des communautés locales en offrant des services adaptés à la population. Pour mettre en œuvre cette stratégie qui s'articule autour du continuum de services, il faut mobiliser le milieu (les partenaires, la communauté et les personnes).

Pendant l'année 2018-2019, le Bureau de partenariat a procédé à une collecte de données auprès des différentes directions cliniques du CIUSSS MCQ afin d'identifier les besoins prioritaires du milieu et déterminer le cycle de démarrage des tables de projet clinique sur l'ensemble du territoire. De plus, des rencontres ont été effectuées avec les villes et MRC du territoire du CIUSSS MCQ et se poursuivent à ce jour. L'objectif étant de mieux connaître les enjeux et préoccupations des milieux et cibler les priorités à adresser via la mise en place de concertation si nécessaire, afin de répondre par des actions concrètes aux besoins de la population et des communautés.

Phases de déploiement des tables de projet clinique selon les directions cliniques du CIUSSS MCQ	Phase 1 2018-2019	Phase 2 2019-2020	Phase 3 2020 et plus
Directions cliniques			
Santé mentale adulte et dépendance	8	0	0
Enfance-Jeunesse-Famille	4	4	0
Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DITSADP)	3	4	1
Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA)	0	2	À définir
Total des tables de projet clinique déployées MCQ¹	15	10	1²

Projet 2 : Créer des outils de communication pour le Bureau du partenariat avec la communauté (Réalisé à 50 %)

Afin de faciliter les communications avec les partenaires internes et externes et ainsi mieux répondre aux besoins des partenaires, le Bureau du partenariat avec la communauté vise à développer différents outils de communication. Des travaux sont en cours pour mettre en place un guichet unique d'accès, soit le guichet d'information partenariale (GIP).

¹ Décompte exclut les tables de concertation de santé mentale adulte et dépendance (SMAD) qui sont déjà toutes déployées.

² Total provisoire puisque le décompte définitif à venir est en fonction de la planification de la direction SAPA.

3.3.3 Priorité 3 – Trajectoires de soins et de services performants

3.1 Accès et circulation de l'information		Cible	Résultat
Objectif	3.1.1 Faciliter la circulation de l'information pour améliorer la prise de décisions cliniques		
	Pourcentage de médecins et intervenants pratiquant au CHAUR, ayant besoin du dossier de Trois-Rivières dans la prise en charge du patient, qui ont accès au DPÉ	100	80
	Nombre de médecins ne pratiquant pas au CHAUR, ayant besoin du dossier de Trois-Rivières dans la prise en charge du patient, qui ont accès au DPÉ	200	30
	Pourcentage des visites à l'urgence et des hospitalisations pour lesquelles la copie de la visite à l'urgence et la feuille sommaire, incluant l'ordonnance au départ, ont été acheminées au médecin de famille de l'utilisateur dans un délai de 7 jours	90	17

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

Projet 1 : Planter le Dossier clinique informatisé (DCI) (Réalisé à 50 %)

Le DCI permet de rendre accessibles au personnel soignant, en temps réel, les multiples informations d'un usager, comme ses résultats d'examen et ses médicaments sous ordonnance. Les travaux de déploiement ont débuté sur le RLS de Drummond, mais ont dû être suspendus temporairement en raison de la révision de la position du MSSS sur l'utilisation du logiciel. Les nouvelles orientations et l'échéancier seront revus prochainement.

3.2 Personnes âgées		Cible	Résultat
Objectif	3.2.1 Améliorer le soutien à l'autonomie et le mieux-être des personnes âgées par l'implantation des meilleures pratiques		
	Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	25,0	28,1
	Pourcentage de personnes nouvelles admises en CHSLD et qui ont un profil d'autonomie (ISO-SMAF) de 10 à 14	85,2	81,0
	Nombre d'usagers qui sont desservis par les services de soutien à domicile de longue durée ayant un profil de perte d'autonomie (ISO-SMAF) de 4 à 14	7 165	6 647
	Nombre total d'heures services de soutien à domicile de longue durée pour la clientèle SAPA et DITSADP ayant un profil de perte d'autonomie (ISO-SMAF) de 4 à 14	944 742	814 766

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

Projet 1 : Améliorer les services en soins palliatifs et de fin de vie (Réalisé à 75 %)

Le programme de soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) est un programme qui transcende les missions, qui engage plusieurs directions et qui exige une collaboration étroite de tous. Neuf priorités issues du plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020 ont été retenues et des moyens sont mis en œuvre afin de répondre aux orientations privilégiées. L'année 2018-2019 a été marquée par la réalisation concrète de différentes mesures du plan d'action. Parmi celles-ci, notons :

- le déploiement des équipes dédiées en SPFV au soutien à domicile dans tous les RLS;
- le projet pilote d'implantation d'une démarche palliative dans les soins de longue durée (IDPS) issu de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services en santé (FCASS). Ce projet, unique au Québec, favorise la mise en place de l'approche palliative précocement en CHSLD et se déroule au CHSLD du Haut-Saint-Maurice;
- le guide d'accompagnement pour les proches aidants de personnes en SPFV, élaboré en collaboration avec plusieurs usagers et partenaires, est distribué au soutien à domicile, dans les CHSLD, les centres hospitaliers et est disponible sur le site Internet du CIUSSS MCQ;
- les affiches portant la signature visuelle des SPFV, à mettre sur les portes des chambres des personnes en fin de vie dans les centres hospitaliers et les CHSLD, pour inviter au calme et à la discrétion;

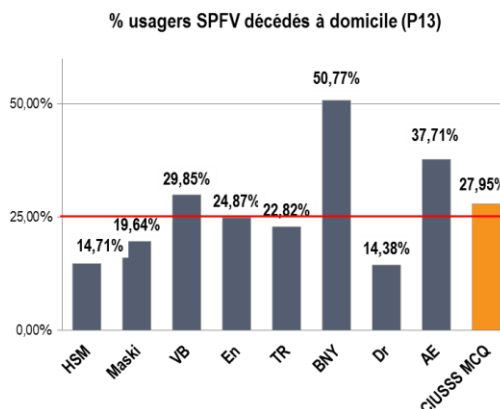
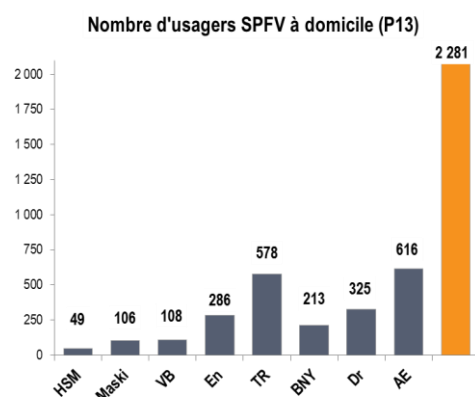
- les sondages expérience client pour tous les milieux dispensant des SPFV;
- la mise à la disposition de coffrets de fin de vie pour les usagers en SPFV hospitalisés ou hébergés;
- l'outil d'information sur l'aide médicale à mourir (AMM);
- la poursuite des formations afin de développer l'approche palliative dans tous les milieux;
- le plan de répartition des lits de SPFV réalisé et déposé au MSSS. Nous comptons 66 lits de SPFV répartis dans les maisons de soins palliatifs, les unités de soins palliatifs en CH, en CHSLD et en unité de courte durée gériatrique (UCDG).

Données 2018-2019

	2017-2018 en P11	2018-2019 en P11
Usagers	1 892	2 281
% d'usagers décédés à domicile	27,16 %	27,95 %
Nombre moyen d'interventions par usager décédé à domicile	37	39

CIUSSS MCQ (1.09.05) Nbre d'usagers SPFV à domicile				
Point de départ (31 mars 2015)	Cible 2020	Résultat P13 2017-2018	Résultat P13 2018-2019	Engagement 2018-2019
1 903	2 188	2 161	2 281	2 100

CIUSSS MCQ (1.09.46) % décès à domicile parmi les usagers SPFV à domicile				
Point de départ (31 mars 2015)	Cible 2020	Résultat P13 2017-2018	Résultat P13 2018-2019	Engagement CIUSSS MCQ 2018-2019
N.A.	27,20%	27,28%	27,95%	25,00%



Projet 2 : Bonifier les soins et les services de soutien à domicile de longue durée (Réalisé à 75 %)

Ce projet vise à augmenter l'accessibilité, l'intensité, l'équité et la pertinence des services de soutien à domicile en fonction des besoins de la clientèle du programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA), en déficience physique (DP) et en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DITSA). Il contribue également à l'amélioration de la fluidité des épisodes de soins. Les objectifs du projet sont de :

- ajuster l'intensité des services en fonction de l'évaluation et de l'évolution des besoins liés à la perte d'autonomie des usagers et des proches aidants;
- définir les composantes des programmes et services;
- améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services à domicile;
- actualiser les différentes approches cliniques et organisationnelles permettant une continuité optimale des soins et services;
- établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires internes et externes du réseau territorial de services;

Au cours de l'année 2018-2019, les travaux ont permis de définir et de déployer des trajectoires par programme-clientèle, de développer une structure d'encadrement et de soutien clinique formalisée et d'établir des modalités de collaboration interprofessionnelle définies et actualisées. L'offre de service a pu être harmonisée pour les soins

infirmiers, la réadaptation et les soins d'assistance à domicile. Des travaux pour harmoniser et optimiser l'offre de service du volet psychosocial et de réadaptation sont en cours. La mise en place des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI) a aussi favorisé la participation de l'usager à son évaluation et à son plan d'intervention. Grâce au suivi en temps réel du profil de la clientèle et de la prestation de service, les plans de service peuvent être adaptés selon les besoins des usagers. Finalement, des ententes ont été signées avec plusieurs partenaires dans la communauté (entreprises d'économie sociale, office municipal d'habitation et autres organismes communautaires). Le processus pour établir des ententes de collaboration avec d'autres partenaires tels que les résidences privées pour aînés et les groupes de médecine familiale (GMF) est aussi amorcé.

Projet 3 : Suivre systématiquement les personnes ayant des troubles neurocognitifs et leurs proches (Réalisé à 60 %)

Le projet découle du *Plan Alzheimer* et vise le rehaussement de l'accessibilité des services en première ligne avec le soutien de services spécialisés afin de mieux répondre aux besoins de la population âgée. Ainsi, trois volets s'actualisent dans le cadre de ce projet, soit :

- **Une première ligne forte en GMF**

Ce volet vise à renforcer les services au niveau de la 1^{re} ligne et à rehausser l'expertise des intervenants et des médecins en GMF afin de mieux répondre aux besoins de la personne âgée ayant des atteintes cognitives ainsi que ses proches. De fait, l'implantation d'un suivi systématique et standardisé pour la clientèle ayant des troubles neurocognitifs se déploie progressivement sur le territoire. Trois RLS (Arthabaska-et-de-L'Érable, Drummond et Haut-Saint-Maurice) ont implanté ce processus en 2018-2019 dans leur GMF. Il est à noter que le suivi systématique était déjà implanté pour le RLS de Bécancour-Nicolet-Yamaska. De plus, une soixantaine de médecins et 64 intervenants en GMF ont reçu la formation sur l'évaluation, le diagnostic, le suivi et l'accompagnement des usagers et leurs proches.

- **Ouverture du CEG**

Premier de deux, le Centre d'expertise gériatrique (CEG) de la rive sud offre des services à la population depuis décembre 2018. Inauguré en présence de la ministre McCann le 18 février 2019, le CEG offre des services de 2^e et 3^e lignes d'évaluation et de traitement aux personnes ayant des syndromes gériatriques et présentant des problèmes de santé complexes et atypiques liés au vieillissement. Le CEG est composé de gériatres, omnipraticiens, infirmières, neuropsychologue, orthophoniste, physiothérapeute et ergothérapeute. Le CEG compte sur quatre cliniques qui offrent des services spécialisés et surspécialisés : clinique de la cognition, clinique des atteintes motrices, clinique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et clinique des autres syndromes gériatriques. Le CEG offre ainsi l'opportunité à la population d'avoir accès à une expertise de pointe permettant aux aînés de ne plus avoir à se déplacer dans les grands centres pour recevoir des soins et services spécialisés.

- **Les équipes mobiles pour la gestion des SCPD**

Il est très fréquent que l'évolution d'un trouble neurocognitif amène des troubles de comportement (ex. : agressivité, errance, etc.) que l'on appelle symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle, des équipes mobiles sont déployées. Ces équipes offrent des services de deuxième ligne et sont composées d'un intervenant social, d'une infirmière et soutenues par un médecin. Elles se déplacent dans le milieu de vie de l'usager pour évaluer et définir un plan d'intervention lorsque les interventions tentées par les équipes ne portent pas ses fruits. Les équipes mobiles ont également pour mandat d'offrir de la formation et du coaching aux équipes sur le terrain et aux proches aidants. À cet effet, un vaste plan de formation a été déployé afin de mieux outiller les équipes des différents milieux pour l'application de l'approche de base et des interventions auprès des usagers présentant des SCPD.

Formations – Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) 2018-2019

Titre de la formation	Nombre de participants	Provenance des participants
Processus clinique SCPD (7 heures)	500	CHSLD-UCDG (399) Personnel RNI zone sud (73) SAD zone sud (28)
Problématiques complexes SCPD et vécu des proches (7 heures)	437	CHSLD-UCDG (336) Personnel RNI zone sud (73) SAD zone sud (28)
Vigie-Sécure (7 heures)	396	CHSLD-UCDG (295) Personnel RNI zone sud (73) SAD zone sud (28)
Formation SCPD destinée aux infirmières en CHSLD-UCDG	67	CHSLD et UCDG
Coaching terrain Vigie-Sécure (offert par les formateurs OMEGA du programme SAPA) 3 heures	19	CHSLD
Processus clinique SCPD pour les auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS)	38	SAD zone sud
Problématiques complexes et Vigie-Sécure pour les auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS)	37	SAD zone sud
Grand total	1 494	CHSLD-UCDG : 1116 Personnel RNI zone sud : 219 SAD zone sud : 159

Projet 4 : Utiliser judicieusement les antipsychotiques en CHSLD (Réalisé à 60 %)

Le projet OPUS-AP (optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services - antipsychotiques) se veut une démarche collaborative panquébécoise d'utilisation judicieuse des antipsychotiques dans les milieux d'hébergement de soins de longue durée. Ce projet se déroule en trois phases s'étalant de 2017 à 2021. La phase 1 qui se déroulait au Centre Christ-Roi de Nicolet fut un grand succès. Dans les bienfaits observés chez les résidents, notons l'amélioration de l'état d'éveil, la collaboration aux soins et l'amélioration de la communication avec la famille. D'ailleurs 75 % des résidents chez qui une déprescription a été tentée ont vu leur prescription cessée alors que 25 % ont eu une diminution de dosage.

Ce projet invite à revoir les pratiques face à la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) dans les milieux d'hébergement en mettant de l'avant les approches de base et les interventions non pharmacologiques. Avec OPUS-AP, la médication laisse place à la thérapie occupationnelle tel un chat robotisé qui interagit avec le résident et à l'approche personnalisée issue de l'histoire de vie du résident, et cela pour son plus grand bien. La phase 2 est prévue en 2019-2020 et vise 11 CHSLD. La phase 3 se réalisera avec les 15 CHSLD restants.

Projet 5 : Réviser l'offre de service alimentaire en CHSLD pour le plaisir de manger (Réalisé à 80 %)

Le plaisir de l'alimentation est une priorité dans nos milieux de vie. En ce sens, les équipes travaillent dans une démarche d'amélioration continue pour offrir des repas goûteux attrayants et nourrissants pour les résidents. Le projet vise donc à assurer une offre de menus équitables répondant efficacement aux besoins des diverses clientèles en CHSLD. Cette offre s'appuie sur une harmonisation de balises nutritionnelles et alimentaires et une standardisation de toutes les recettes, le tout approuvé par une nutritionniste.

La collaboration avec l'Association professionnelle des nutritionnistes experts en dysphagie a permis la mise en œuvre de l'harmonisation en matière de textures pour mieux intervenir auprès de la clientèle présentant des difficultés à avaler ou à mastiquer. Les comités de résidents ont aussi été conviés à une séance d'information jumelée à une formation sur les textures adaptées. Ce projet a permis aux cuisiniers, nutritionnistes, techniciennes en diététique et gestionnaires à mettre leur contribution en commun pour analyser l'offre quant aux valeurs nutritives,

à la variété et aux saveurs des mets offerts. À partir des constats et en s'inspirant des meilleures pratiques, les équipes de production ont apporté les ajustements requis.

Projet 6 : Favoriser l'accessibilité et la complémentarité des services d'évaluation et de réadaptation au profit de la population (Réalisé à 90 %)

Soucieux de bien définir et encadrer les services existants et cibler les vides de services, des travaux interdirections ont débuté afin d'arrimer les actions de chacun de façon régionale en lien avec les services d'évaluation et de réadaptation pour les usagers de tous âges. Ces travaux permettent de travailler en synergie pour offrir davantage de services, car ensemble on est plus fort! Les travaux conjoints (unité de courte durée gériatrique (UCDG)-unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et lits post hospitaliers LPH) ont permis de :

- mettre en place des comités de travail stratégique, tactique et opérationnel;
- définir la mission et les critères d'admission et d'exclusion pour chacun des services;
- répertorier les vides de services;
- favoriser une meilleure accessibilité à partir du centre hospitalier (CH) et ainsi favoriser la fluidité des soins et des services, réduire l'engorgement des urgences et des centres hospitaliers et surtout offrir rapidement les services requis aux usagers nécessitant des évaluations spécialisées et de la réadaptation modérée ou intensive adaptés à leurs besoins.

Projet 7 : Offrir un milieu de vie personnalisé dans un environnement collectif (Réalisé à 78 %)

Lors du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD en 2016, les PDG des CISSS et CIUSSS se sont engagés à mettre en place les meilleures pratiques liées à la qualité de vie des résidents. Pour ce faire, le CIUSSS MCQ a entériné lui aussi les 5 grands engagements issus du Forum :

1. Que les soins et les services offerts aux résidents soient personnalisés et spécifiques afin de répondre à leurs besoins et préférences;
2. Que les rôles et responsabilités de l'équipe soignante soient bien définis et que l'approche collaborative et interdisciplinaire soit implantée;
3. Que les lieux prennent en compte les caractéristiques des résidents;
4. Que les personnes responsables des CHSLD assument un leadership de proximité et mobilisant auprès du personnel, des résidents et de leurs proches;
5. Que le comité des usagers et les comités de résidents soient considérés comme de réels partenaires dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services.

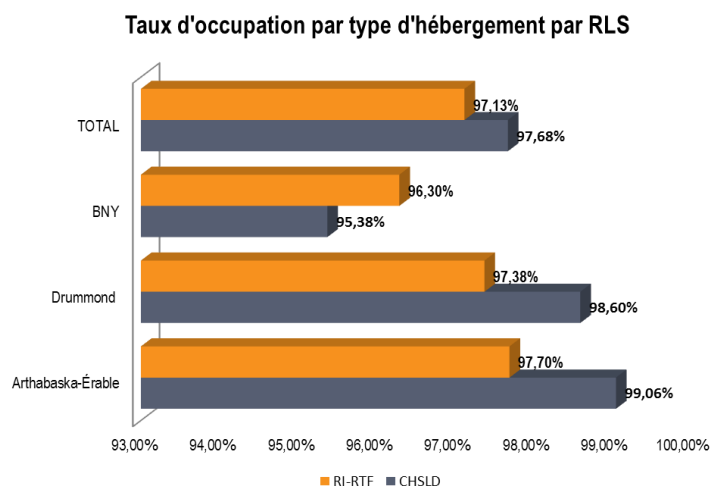
Ces engagements ont donné lieu à la mise en place d'actions spécifiques dont le préposé aux bénéficiaires accompagnateur, la personnalisation des soins et services par le recueil des besoins et préférences du résident, la révision et la diminution des médicaments dans un contexte où les approches non pharmacologiques sont favorisées, la révision de l'offre alimentaire et la promotion du plaisir de manger. Les engagements visaient également à poursuivre les initiatives pour rendre le milieu de vie agréable, divertissant avec des activités correspondant aux préférences des résidents. La volonté de favoriser la participation des proches, des bénévoles et des acteurs du milieu a aussi été renforcée par différentes actions. De plus, de nombreuses démarches et décisions ont fait appel à l'implication soutenue des membres des comités de résidents, ces partenaires essentiels à l'amélioration de la qualité de vie. L'ensemble de ces engagements s'est déployé dans un contexte de valorisation de l'apport de chaque membre de l'équipe interdisciplinaire ainsi que dans l'instauration sans équivoque d'une culture de bientraitance.

Projet 8 : Informatiser et uniformiser des outils favorisant une vision régionale des demandes d'hébergement SAPA-DP (Réalisé à 100 %)

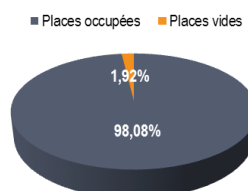
La création d'outils informatisés et uniformisés pour gérer les demandes d'hébergement permet aux intervenants et aux gestionnaires de ce secteur d'avoir une vision quotidienne des places disponibles, des demandes en cours en provenance des différents milieux et des listes d'attente pour un hébergement (RTF, RI ou CHSLD). Ces outils permettent d'avoir une vue d'ensemble (vision régionale) des usagers en besoin d'hébergement et d'offrir la place rendue disponible à la bonne personne, en mettant au centre le maintien de l'équité pour les usagers. Ces outils

offrent également une meilleure gestion du travail de l'équipe en place pour ainsi répondre plus rapidement aux demandes des usagers.

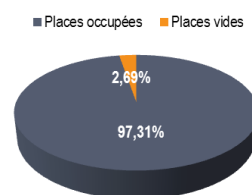
Taux d'occupation par type d'hébergement – Zone sud



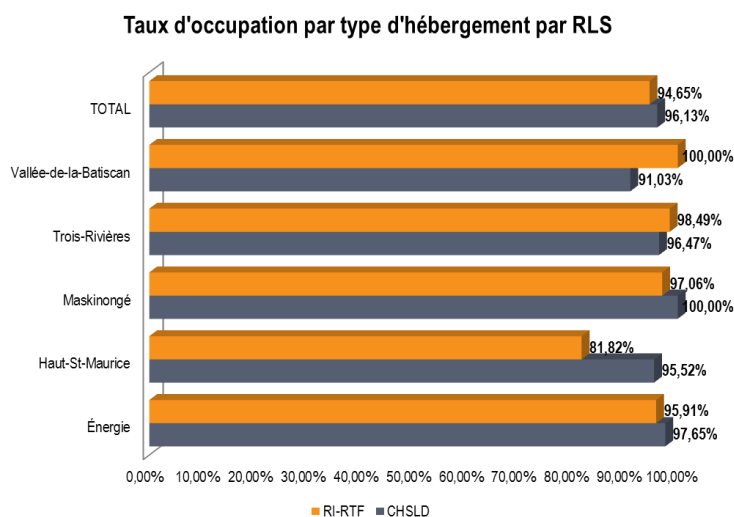
Taux d'occupation global en CHSLD - Zone Sud



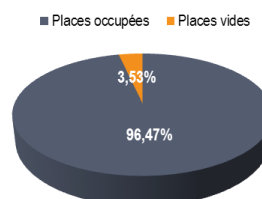
Taux d'occupation global en RI-RTF - Zone Sud



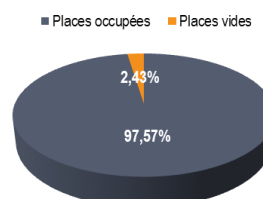
Taux d'occupation par type d'hébergement – Zone nord



Taux d'occupation global en CHSLD - Zone Nord



Taux d'occupation global en RI-RTF - Zone Nord



Projet 9 : Implanter un continuum RNI pour les usagers (Réalisé à 80 %)

L'implantation des orientations du cadre de référence RI-RTF touche à sa fin et entre dans une phase déterminante : celle de la consolidation et du maintien des orientations implantées. Le comité du continuum RNI ainsi que le comité opérationnel, mandaté à l'implantation, visent désormais l'amélioration des pratiques dédiées au suivi de la qualité des services rendus aux usagers dont l'hébergement est confié aux ressources non institutionnelles.

Pour les usagers, le gain est significatif. Les pratiques mises de l'avant par le cadre de référence ont permis à l'établissement d'intégrer dix activités de suivi de la qualité des services rendus dans la séquence de la prise en

charge, c'est-à-dire à partir de l'évaluation du besoin d'hébergement jusqu'à ce qu'il quitte son milieu de vie. Ce suivi constant de la qualité des services rendus garantit aux usagers une expérience à la hauteur de leurs besoins d'accompagnement. De plus, le travail en continuum favorise l'harmonisation des pratiques entre les programmes-services. Il offre une continuité dans l'offre de service d'hébergement et les pratiques l'encadrant, et ce, que l'utilisateur mineur, majeur ou âgé de plus de 65 ans, présente un trouble de la santé mentale, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, une déficience physique, une problématique liée au vieillissement ou qu'il soit en suivi de la protection de la jeunesse.

Projet 10 : Évaluer et réadapter pour améliorer l'autonomie des personnes âgées (Réalisé à 45 %)

Des travaux sont en cours depuis deux ans pour favoriser l'accessibilité des personnes âgées aux services d'évaluation et de réadaptation interdisciplinaire et spécialisée. Pour ce faire, une analyse de l'état actuel des services et une révision des documents sur les meilleures pratiques ont été réalisées. Une réflexion régionale sur l'organisation des soins et des services a ensuite été amorcée afin que l'on soit en mesure de mieux connaître les forces et défis et d'y compenser. Celle-ci a permis une harmonisation des approches et des outils de travail. La consolidation de l'approche interprofessionnelle est en cours. Déjà, une révision des processus d'admission a permis d'améliorer le taux d'occupation et de réduire ainsi les délais d'accès aux services. Le taux de retour à domicile suivant un séjour à l'UCDG s'est aussi amélioré. Finalement, une meilleure planification des congés permet de se situer dans les taux suggérés par les bonnes pratiques (25 jours).

Transformation de l'offre de service en UCDG

	2016-2017 (point départ)	2018-2019 (P11)	Cible
Taux d'occupation moyen des UCDG	92 %	98,3 %	85 %
Âge moyen de la clientèle admise en UCDG	N/D	82 ans	----
Taux de retour dans le milieu de vie d'origine	54 %	59,7 %	70 %
Délai d'attente moyen pour obtenir une place en UCDG	N/D	2,3 jours	Moins de 4 jours
Durée moyenne de séjour dans l'unité	25 jours Variable de 15 à 36 jours	24,2 jours Variable de 19 à 29 jours	25 jours

Projet 11 : Développer de nouvelles places pour offrir les bons services, au bon endroit et au bon moment en fonction de l'état de santé des usagers (Réalisé à 100 %)

Un plan d'investissement visait à développer de nouvelles places d'hébergement en ressources non institutionnelles (RNI) pour les personnes âgées en perte d'autonomie, en réadaptation, en convalescence de même qu'en santé mentale. Plus spécifiquement, les nouvelles places se déclinent de la façon suivante :

- Ajout de 32 places en RNI pour les personnes âgées;
- Ajout de 12 places en appartements supervisés visant le rétablissement des personnes vulnérables en santé mentale;
- Ajout de 5 places à l'URFI et de 9 places dans la communauté pour de la réadaptation et de la convalescence.

De façon globale, cet investissement améliore grandement la fluidité des soins en centre hospitalier et l'accessibilité aux soins requis par la condition des usagers. Concrètement, il a permis de combler ces nouvelles places, entre autres, par des personnes qui occupent des lits de courte durée dans les hôpitaux, mais ne nécessitant pas ce niveau de soins, et de libérer des lits de courte durée dans les hôpitaux pour des personnes qui attendent à l'urgence.

Projet 12 : Vivre les derniers moments de vie en toute intimité (Réalisé à 75 %)

Certains de nos CHSLD offrent des chambres semi-privées aux résidents hébergés. Compte tenu de cette situation, il est important d'offrir à ces gens et leurs proches la possibilité d'avoir accès à des lieux leur permettant de vivre les derniers moments de vie en toute intimité. Dans l'ensemble des installations offrant des chambres semi-privées, quatre CHSLD ne pouvaient offrir l'accès à une chambre de soins de fin de vie (CH St-Joseph, CH Cooke, CH

Cloutier-du Rivage, CH de Fortierville). Présentement, des travaux et des aménagements assurent l'accès à une chambre de soins de fin de vie dans trois des quatre CHSLD. Cette offre de lieux dédiés à la fin de vie permet aux résidents et à leur famille de vivre les derniers moments de vie en toute intimité et préserve la quiétude quotidienne des résidents avec lesquels ils partageaient la chambre.

Projet 13 : Garder l'utilisateur au cœur des décisions le concernant grâce aux OCCI (Réalisé à 100 %)

Le déploiement des OCCI a permis de bonifier l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC). Concrètement, cet outil place l'utilisateur au cœur du processus d'intervention et lui évite d'avoir à répéter son histoire à plusieurs reprises tout au long de son cheminement dans les services. Les OCCI s'appuient sur les meilleures pratiques en ce qui concerne l'évaluation globale de l'utilisateur et la planification des soins et services de façon personnalisée. En tout temps, cet outil met à profit l'autonomisation de l'utilisateur, fait appel à lui en tant que partenaire de ses soins et services et favorise une pratique collaborative entre différents intervenants, et ce, dans une approche proactive. De plus, il est plus facile d'avoir accès aux données afin de prendre des décisions organisationnelles éclairées, entre autres lorsqu'il est question de déterminer la nature et l'intensité des services, d'identifier les partenaires dans la communauté et également d'assurer un continuum de services accessible et simple. Différentes mesures d'appropriation et de soutien pour le personnel seront réalisées au cours de la prochaine année.

3.3 Maladies chroniques et cancer		Cible	Résultat
Objectif	3.3.1 Réduire le recours aux services hospitaliers (urgence et hospitalisation) pour la clientèle avec maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)		
	Pourcentage de mise en place de la nouvelle trajectoire pour la clientèle MPOC au CIUSSS MCQ	100	86
	3.3.2 Augmenter le nombre de patients qui sont analysés et traités dans les délais prescrits par la trajectoire du cancer du poumon		
	Pourcentage de nouveaux cas de cancer du poumon qui respectent le délai total d'investigation prescrit	90	93,3

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

Projet 1 : Optimiser l'organisation des soins et services offerts à la clientèle atteinte de MPOC (Réalisé à 90 %)

La MPOC, qui englobe la bronchite chronique et l'emphysème, se caractérise par des dommages permanents aux poumons causant une obstruction et une inflammation progressive des voies respiratoires. Les gens qui en sont atteints ont du mal à respirer et connaissent des poussées actives (ou exacerbations) caractérisées par une aggravation des symptômes. Pouvant être associée au tabagisme, la MPOC touche près de 10 % des adultes de plus de 35 ans et est en constante progression dû au vieillissement de la population. Afin d'optimiser l'organisation des services offerts à la population atteinte d'une MPOC, une trajectoire de référence a été réalisée, en collaboration avec différents partenaires (clinique médicale, CLSC, urgence, unité d'hospitalisation, pharmacie communautaire, service à domicile) ainsi qu'un plan d'action représentant les étapes de mise en application. Ils permettent entre autres le dépistage précoce d'une MPOC, la mise en place des interventions, le programme d'enseignement (mieux vivre avec une MPOC) et le suivi adapté à la condition de l'utilisateur.

Projet 2 : Assurer la disponibilité d'Indicateurs pour le suivi de la performance des actions mises en place (Réalisé à 100 %)

En collaboration avec la DQEPE, de manière à évaluer les impacts des actions mises en place tout au long de la trajectoire de soins MPOC, différents indicateurs ont été identifiés puis rendus accessibles. Ces indicateurs concernent le dépistage précoce de la maladie, le nombre d'utilisateurs MPOC référés au programme, le nombre d'utilisateurs intégrés au programme qui ont recours à l'urgence pour la MPOC et le nombre d'utilisateurs intégrés au programme qui sont hospitalisés pour la MPOC.

Projet 3 : S'inspirer de l'approche INSPIRED pour les usagers atteints d'une MPOC avancée (Réalisé à 70 %)

La trajectoire de soins s'inspire de l'approche INSPIRED afin d'améliorer la transition de soins de l'hôpital à la maison pour les usagers atteints d'une MPOC avancée. Cette approche aide les usagers à gérer leurs symptômes à domicile grâce à des soins individualisés qui incluent l'enseignement de l'autogestion à domicile, le soutien psychosocial et spirituel et des plans d'intervention interdisciplinaires selon l'indication. Des travaux ont débuté afin d'instaurer cette approche à l'été 2019.

Projet 4 : Faciliter la collecte de données en MPOC avec le DCI (Réalisé à 50 %)

Avec la venue du DCI, les intervenants pourront avoir accès plus facilement aux données cliniques de l'utilisateur, telles que les résultats d'examen de dépistage et la collecte de données. Le travail des intervenants sera ainsi plus efficient en regard du partage de l'information entre professionnels, de l'accessibilité aux résultats et de la mise en application des plans d'intervention interdisciplinaires pour la clientèle. Ce projet est traité de concert avec les travaux du MSSS et le déploiement du DCI dans l'organisation. Sa mise en place permettra de soutenir les intervenants en facilitant les processus de référence aux différents services tout au long de la trajectoire de soins pour la clientèle MPOC.

Projet 5 : Améliorer la sécurité des soins et de la surveillance postopératoire (Réalisé à 100 %)

Un travail d'équipe réunissant trois directions cliniques (DSSCO, DSI, DSASC) a permis d'identifier des types de chirurgies dont les modalités de surveillance devaient être revues pour assurer la réalisation d'interventions pertinentes pour les usagers au bon endroit. Au final, ce sont dix recommandations qui sont en cours d'actualisation permettant à l'utilisateur d'avoir accès à une surveillance adaptée à sa condition. Les orientations prises sont issues des meilleures pratiques infirmières, chirurgicales et en anesthésiologie. Les actions mises de l'avant permettront :

- pour l'utilisateur, d'améliorer la sécurité des soins et de la surveillance postopératoire;
- pour le personnel, d'engendrer une augmentation du soutien clinique;
- pour le corps médical, d'augmenter le choix du lieu d'hospitalisation pertinent et sécuritaire;
- pour l'établissement, d'améliorer concrètement la fluidité des soins et services.

Projet 6 : Bonifier la trajectoire du cancer du poumon pour assurer des soins et services dans les meilleurs délais (Réalisé à 100 %)

Ayant pris connaissance des délais issus de la trajectoire du cancer du poumon selon les trois principaux axes, soit la suspicion, l'investigation et le traitement, un groupe de travail multidisciplinaire (DSSCO, DSM, DSASC, DSPPC) s'est penché sur un projet d'amélioration du délai d'accès aux examens d'investigation du cancer. Le projet a débuté avec une mesure des délais clés pour documenter la trajectoire de la suspicion d'un cancer en médecine de famille jusqu'à l'obtention des traitements. Ceux-ci ont ensuite été comparés avec les résultats de la littérature et de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ). Les travaux ont permis de réaliser une analyse et une planification des améliorations à apporter à la trajectoire du cancer du poumon par :

- une mise en lumière d'une compréhension commune des principales problématiques;
- un choix conjoint des objectifs d'amélioration à atteindre pour la prochaine année;
- une appropriation des enjeux par les partenaires impliqués dans la trajectoire;
- une identification des projets et des actions à réaliser à l'intérieur de la prochaine planification annuelle, soit sept projets et neuf actions visant une amélioration des délais d'accès au premier traitement en optimisant la période d'investigation.

3.4 Jeunes en difficulté		Cible	Résultat
Objectifs	3.4.1 Diminuer les délais d'attente de service chez les familles en négligence avec des jeunes enfants de 0-12 ans		
	Nombre moyen de jours d'attente pour le programme d'intervention en négligence	< 30	46,8
	3.4.2 Diminuer le nombre de signalements chez les familles en négligence avec des jeunes enfants de 0-12 ans		
	Taux de signalements en négligence pour les 0-12 ans ajusté à l'année courante	15 %	29,2

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

Projet 1 : Travailler ensemble pour offrir les meilleurs services aux familles vivant dans un contexte de négligence (Réalisé à 70 %)

La problématique de la négligence est au cœur de nos préoccupations. Le programme d'intervention en négligence (PIN) est destiné aux enfants de 0-12 ans et leur famille aux prises avec des difficultés personnelles, relationnelles et sociales desquelles découlent des situations de négligence ou à risque de négligence. Le PIN souhaite créer un environnement favorable où les figures parentales répondent aux besoins fondamentaux de leurs enfants et permettent le développement de leur potentiel. Pour ce faire, différents types d'activités individuelles, familiales, de groupe et communautaires sont offertes aux jeunes et à leur famille dans les huit RLS du territoire.

Le projet d'harmonisation du PIN a mené au développement d'une vision commune de l'offre de service en négligence permettant une meilleure collaboration au sein des intervenants, des coordonnateurs professionnels et des cadres des secteurs jeunesse concernés. Les enfants et parents qui requièrent ce service sont orientés plus rapidement vers les services appropriés et pris en charge par une équipe multidisciplinaire le plus tôt possible afin d'élaborer un plan d'intervention précis. Une trajectoire illustrant tout le continuum de soins et services offerts aux jeunes et à leur famille dans un contexte de négligence a été élaborée et est à l'étape de validation. Des démarches et réflexion se poursuivent afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité de l'offre de service en négligence destinée à la population.

Projet 2 : Mettre en place un accès harmonisé et simplifié aux programmes et services jeunesse (Réalisé à 20 %)

Le portrait des différents processus d'accès aux programmes et services jeunes en difficulté a permis de mettre en lumière 18 mécanismes pour orienter les jeunes et les familles vers les services en périnatalité, jeunes en difficulté et santé mentale jeunesse sur l'ensemble du territoire. Ces mécanismes d'accès répondent aux demandes provenant de la population, des différents partenaires et des professionnels.

Le projet d'accès harmonisé et simplifié aux services jeunesse vise, d'ici trois ans, un accès unique pour la population réparti dans les trois zones du territoire (nord, centre et sud). Préalablement, des mécanismes de coordination pour la clientèle déjà en service dans l'un ou l'autre des programmes doivent être mis en place. Déjà, la révision des processus internes pour l'accès à l'hébergement en famille d'accueil et en centre de réadaptation est débutée. Pour la prochaine année, de nouvelles façons de faire seront introduites pour assurer une coordination optimale entre les programmes jeunesse.

Les tableaux ci-dessous présentent le nombre de jeunes et leur famille ayant eu accès aux services du programme jeunesse :

	2017-2018			2018-2019		
	Nombre d'usagers					
RLS	SIPPE (Services intégrés périnatalité et petite enfance)	Jeunes en difficulté	Santé mentale jeunesse	SIPPE	Jeunes en difficulté	Santé mentale jeunesse
Arthabaska-et-de-L'Érable	350	2 168	320	274	2 195	393
Drummond	497	1 504	299	395	1 455	418
Bécancour–Nicolet-Yamaska	180	835	109	146	811	132
Maskinongé	121	523	124	100	491	124
Trois-Rivières	731	2 805	392	669	2727	433
Énergie	336	1 555	191	249	1 392	177
Vallée-de-la-Batiscan	132	764	107	111	696	86
Haut-Saint-Maurice	155	505	37	101	392	44

Source : Banque provinciale ICLSC RAMQ

	2017-2018	2018-2019
Nombre d'utilisateurs à l'application des mesures	2 594	2 642
Placements en familles d'accueil	838	852
Placements en familles d'accueil de proximité	265	293
Taux d'occupation en centres de réadaptation	85 %	104 %

3.5 Santé mentale		Cible	Résultat
Objectifs	3.5.1 Augmenter la proportion des utilisateurs avec troubles concomitants de dépendance et de santé mentale suivie dans une approche intégrée en déployant une nouvelle trajectoire à cette fin		
	Taux de réalisation du plan d'action permettant le développement de la nouvelle trajectoire	100	100
	3.5.2 Favoriser l'exercice du plein potentiel chez l'utilisateur hébergé en santé mentale		
	Pourcentage de résidents en ressources intermédiaires qui ont un plan d'intervention modernisé intégrant le rétablissement	40*	50,3
*Cible modifiée conformément à la nouvelle méthode de calcul			

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

Projet 1 : Désengorger les urgences grâce à des actions ciblées pour la clientèle en santé mentale (Réalisé à 65 %)

Au Québec, 20 % de la population est touchée par une problématique de santé mentale. De ce nombre, 50 % ont un trouble concomitant de dépendance. C'est pourquoi la Chaire Interdisciplinaire de Recherche et d'Intervention dans les Services de Santé de l'UQTR a présenté un projet de recherche qui cible les grands consommateurs de services à l'urgence des quatre grands centres (Drummondville, Victoriaville, Trois-Rivières et Shawinigan) et présentant des troubles de santé mentale et des problèmes de consommation. Le projet consiste à recenser 150 dossiers au hasard et de tracer le profil des grands consommateurs afin de comprendre leur trajectoire de services et d'apporter les ajustements nécessaires dans un objectif de rétablissement. Depuis sa mise en place, le projet a permis de dresser le portrait de la clientèle visée, de cartographier la trajectoire de soins et de services utilisée, de recenser les meilleures pratiques et d'offrir une vision commune de celles-ci. Les actions à venir permettront de créer un outil d'aide à la décision pour les gestionnaires responsables de cette trajectoire de soins et de prioriser les projets cliniques à déployer afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité ainsi que la continuité des soins et des services offerts à cette clientèle.

Projet 2 : Favoriser une meilleure intégration des services de santé mentale et dépendance (Réalisé à 100 %)

Une personne sur deux aux prises avec un trouble de santé mentale présente également une problématique en dépendance (drogues, alcool, jeux, etc.). L'objectif était donc de développer une vision intégrée des soins et des services en santé mentale et en dépendance afin de traiter, de façon simultanée, les personnes présentant ces deux problématiques. Afin de définir une trajectoire de services plus adaptée aux besoins de ces personnes, un projet pilote sera expérimenté sur le RLS de Trois-Rivières. Plus spécifiquement, celui-ci permettra de :

- offrir des services adaptés aux besoins particuliers de cette clientèle;
- tenir compte de l'ensemble du cheminement de la personne dans les services tout en assurant une continuité des soins;
- prévenir la rechute;
- diminuer la fréquence des visites à l'urgence.

La trajectoire de services déterminée pour les personnes qui vivent avec une problématique de santé mentale et de dépendance sera ensuite déployée dans tous les RLS.

Projet 3 : Moderniser les ressources d'hébergement en santé mentale dans la communauté (Réalisé à 75 %)

Moderniser le réseau d'hébergement est devenu un levier important permettant de favoriser le rétablissement et la reprise du pouvoir sur leur vie pour les personnes qui ont une maladie mentale. La Direction du programme santé mentale adulte et dépendance (DPSMAD) procède donc actuellement à une transformation majeure de son réseau d'hébergement communautaire en santé mentale, et ce, jusqu'en 2020. Le nombre de RTF a été réduit pour développer du logement semi-autonome avec supervision pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale. Cela leur permet d'avoir accès à un hébergement adapté à leur niveau d'autonomie afin de favoriser leur rétablissement. Ainsi, en 2018, 28 places en RTF ont été fermées, menant à la fermeture de plus de 110 places depuis le début de ce projet. Chacune de ces fermetures a été convenue de gré à gré avec les promoteurs des RTF. Afin de favoriser le rétablissement des usagers, près de 170 places en logement semi-autonome avec supervision ont été développées, dont 50 cette dernière année.

Au plan clinique, des formations portant sur le rétablissement et l'approche par les forces ont été offertes aux intervenants et promoteurs. On souhaite que tous les plans d'intervention des usagers en RTF soient élaborés en collaboration avec l'usager, en fonction de ses besoins, de ses forces et de son désir de participer à la vie dans sa communauté.

Projet 4 : Faire ensemble et autrement : la primauté de la personne dans l'organisation des services en santé mentale (Réalisé à 75 %)

Dans le cadre du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020, le CIUSSS MCQ devait élaborer un plan d'action régional sur la primauté de la personne dans l'organisation et la prestation des services en santé mentale. Un comité de travail regroupant des représentants de l'établissement, des organismes communautaires, des usagers et des membres de l'entourage a donc été mis sur pied afin d'élaborer ce plan d'action régional et planifier les actions nécessaires à l'atteinte de notre objectif commun. Nous travaillons tous activement pour que les utilisateurs de services en santé mentale puissent mener une vie productive malgré les défis qui viennent avec leur condition.

Au cours de l'année, l'organisation et les organismes de la Table des associations sectorielles des membres de l'entourage (TAME) ont mis en place un processus de référence afin d'offrir plus de soutien aux proches des personnes qui vivent avec une maladie mentale. Aussi, plus de 400 intervenants de la DPSMAD et des partenaires ont participé à des formations sur l'intervention axée sur le rétablissement et l'approche par les forces. Afin de favoriser la participation des usagers dans la planification et l'organisation des services, certains font partie de plusieurs comités de travail. Des postes de pairs aidants ont également été ouverts dans les équipes de la DPSMAD. Finalement, des activités afin de contrer la stigmatisation des personnes qui vivent avec une maladie mentale ont eu lieu et se poursuivront dans les prochains mois.

3.6 Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DITSADP)		Cible	Résultat
Objectifs	3.6.1 Adapter le parc d'hébergement aux besoins des usagers en service résidentiel		
	Pourcentage d'usagers dans une ressource non adaptée au 31 mars 2018 ayant obtenu un hébergement adapté à leurs besoins	12	57,8
	3.6.2 Diminuer le délai d'accès à des services subséquents pour les services spécialisés en DITSADP		
	Pourcentage de personnes qui ont obtenu leurs services subséquents de priorité élevée dans un délai inférieur à 90 jours	50	61

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

Projet 1 : Offrir un chez-soi adapté au besoin de chaque usager DI-TSA (Réalisé à 90 %)

Une grande partie des usagers ayant une DI ou un TSA présente des besoins d'hébergement. En effet, 802 des 1960 usagers nécessitent un placement dans une ressource de type familial (RTF), une ressource intermédiaire (RI) ou une ressource à assistance continue (RAC). Le parc des ressources d'hébergement correspond partiellement aux besoins des usagers actuels en DI-TSA compte tenu de l'évolution du profil des clientèles et des problématiques. Ainsi, plusieurs actions sont en cours pour améliorer la situation :

- Au 31 mars 2018, 62 usagers ont été recensés dans un hébergement non adapté à leur besoin. De ce nombre, 38 usagers se sont vu offrir un hébergement adapté aux besoins au courant de la dernière année;
- Le développement du nombre de superviseurs d'appartement est en cours. En effet, trois superviseurs supplémentaires ont été accrédités, pour porter le total à 16 ententes pour l'ensemble de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ces superviseurs permettent aux usagers de demeurer de façon autonome dans un logement en leur offrant un encadrement léger répondant à leurs besoins;
- Le portrait des usagers actuellement hébergés dans le parc résidentiel en RNI a été réalisé au cours de l'année 2018-2019. Ainsi, à l'aide d'outils standardisés et de rencontres cliniques, une évaluation des besoins résidentiels des 780 usagers hébergés en RNI a pu être réalisée. Cette démarche permettra de bien cibler les éléments d'amélioration à apporter au parc d'hébergement;
- La direction DITSADP a appuyé différents projets d'appartements supervisés qui sont en train de voir le jour dans la région. Il est notamment question du projet APEVAH des Chenaux (Vallée-de-la-Batiscan), Appartenance Drummond (Drummondville), Habitation Vic (Victoriaville), J'ai mon appart (Shawinigan) et Libère-Toit (Haut-Saint-Maurice). Ces projets sont très prometteurs et correspondent à de réels besoins des usagers DI-TSA-DP.

La prochaine année permettra de poursuivre les travaux visant à garantir que chaque usager puisse bénéficier d'un milieu de vie adapté à ses besoins.

Projet 2 : Accroître l'accessibilité aux services en DI-TSA-DP (Réalisé à 90 %)

L'accessibilité aux services en DI-TSA-DP constitue un enjeu de premier plan pour l'organisation. Il importe de préciser que l'établissement respecte les délais prescrits au plan d'accès dans une proportion de plus de 95 %, soit le temps requis pour offrir un premier service. Le défi consiste souvent à dispenser un deuxième service dans un temps correspondant aux besoins de la population. À cet effet, une cible visant à dispenser un deuxième service de priorité élevée à l'intérieur du délai prescrit de 90 jours dans plus de 50 % des situations a été établie. Celle-ci a été dépassée pour atteindre 63 % pour l'année 2018-2019. Voici différentes actions réalisées visant à accroître l'accessibilité aux services en DI-TSA-DP :

- La mise sur pied d'un guichet d'accueil-évaluation-orientation-liaison qui traite l'ensemble des demandes de service pour le territoire. Cette réalisation facilite l'accès aux services par une porte d'entrée unique.
- Le nombre de demandes de services spécialisés en déficience du langage a augmenté de 44 % depuis 4 ans. Un projet est en cours pour offrir un continuum langagier harmonisé qui assure la continuité et l'accessibilité à un service ajusté aux besoins de l'enfant et sa famille.
- La décentralisation de 40 professionnels en DI-TSA a permis de les répartir par RLS au sein des équipes d'intervenants sur l'ensemble du territoire.

- La révision de la trajectoire et de l'offre de service pour la clientèle présentant des acouphènes.
- La diminution du délai de réparation des aides techniques en déficience auditive.
- La mise en place d'un mécanisme de gestion des cas litigieux avec la DPSMAD.
- L'ajout de plusieurs ressources :
 - Embauche d'une neuropsychologue pour la zone sud permettant, entre autres, de mettre sur pied deux équipes d'évaluation diagnostic en DI-TSA pour le secteur 8-21 ans dans les RLS de Drummond et d'Arthabaska-et-de-L'Érable.
 - Augmentation de l'offre de service en orthophonie au Haut-Saint-Maurice.
 - Ressources de plus en physiothérapie, ergothérapie, nutrition clinique, orthophonie, service social, soins infirmiers et psychologie dans les URFI de Drummondville et de Victoriaville.

3.7 Clientèle multiproblématique		Cible	Résultat
Objectif	3.7.1 Mettre en place une gouvernance concertée basée sur l'expérience usager pour régler les enjeux de la clientèle présentant des problématiques multiples		
	• Taux d'implantation du plan d'action	100	84,6

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

Projet 1 : Offrir des services adaptés à la clientèle en situation multiproblématique (Réalisé à 85 %)

En raison de leurs caractéristiques, besoins complexes et problématiques multiples avec lesquels ils doivent composer, certains usagers se retrouvent en situation multiproblématique, c'est-à-dire qu'ils éprouvent des difficultés à se rétablir et à demeurer dans leur milieu de vie malgré les services dont ils bénéficient. Afin de répondre adéquatement aux besoins de ces usagers, les directions se sont engagées, avec le soutien de la DSM, à travailler ensemble pour développer une structure de gouvernance permettant de régler les enjeux liés à cette clientèle. Ainsi, un comité formé de représentants a travaillé, dans une perspective de responsabilité partagée et de collaboration interprofessionnelle, à mettre en place une trajectoire et des mécanismes de concertation. Les objectifs étant de résoudre les impasses vécues dans le déploiement de l'offre de service et de permettre une réponse ajustée aux besoins des usagers sur une base personnalisée. Par le biais d'actions cohérentes et de la mise en commun des ressources et des expertises, l'accès aux services pour les usagers et leurs proches sera amélioré, de même que la qualité des soins et services offerts.

Projet 2 : Créer un programme permettant aux jeunes à profil multiproblématique complexe d'intégrer un milieu de vie correspondant à leurs besoins (Réalisé à 45 %)

Un nouveau service de traitement intensif novateur est en expérimentation afin de mieux desservir la clientèle 8-14 ans à profil multiproblématique complexe. Ce projet est porté conjointement par la Direction du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DPDITSADP) et la Direction du programme jeunesse-famille (DPJF).

Actuellement, l'intensité des comportements problématiques de ce profil de clientèle mène souvent à un épuisement des familles. De plus, l'absence d'une organisation de service spécifique adaptée aux besoins de ces jeunes apporte un risque plus grand de désaffiliation sociale et familiale et de rupture avec la communauté et le réseau scolaire. Ainsi, la mise en place d'un service et d'une équipe multidisciplinaire spécialisée permettra une meilleure inclusion et participation du jeune dans ses milieux et une augmentation de son potentiel par le développement de compétences ciblées. Ce service de nature préventive évitera également de nombreux déplacements pour les jeunes, leur donnant accès à un milieu de vie transitoire et sécuritaire aménagé selon les meilleures pratiques.

3.8 Fluidité des épisodes de soins et de services		Cible	Résultat
Objectifs	3.8.1 Améliorer la fluidité des épisodes de soins des centres hospitaliers du CIUSSS MCQ afin de diminuer les périodes de congestion des urgences		
	Nombre d'usagers au niveau de soins alternatif (NSA) hors délai	0	119
	3.8.2 Augmenter le nombre d'usagers pris en charge pour une problématique musculo-squelettique		
	Pourcentage des usagers en attente dans les cliniques de musculo-squelettique à l'intérieur des délais établis par les priorités cliniques (indicateur modifié en conformité avec les priorités cliniques attribuées à ces problématiques)*	90 %	62,7
*Indicateur modifié			

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

Projet 1 : Se concerter pour une meilleure prise en charge des usagers (Réalisé à 70 %)

Afin d'améliorer la qualité et la continuité des soins et services, six principaux obstacles en lien avec les pratiques médicales ont été identifiés. Des travaux ont ensuite porté sur les actions suivantes :

- Améliorer la décision médicale d'admission à l'urgence du CHAUR afin de réduire les délais liés aux demandes de consultants et à la prise en charge des usagers. Pour ce faire, différentes modalités ont été identifiées par les instances médicales concernées permettant d'obtenir des processus plus efficaces;
- Améliorer les processus cliniques relatifs à la planification du départ d'un usager admis en courte durée (voir projet 2);
- Permettre une meilleure orientation des usagers en soins de fin de vie (au bon endroit et au bon moment). Pour y arriver, des travaux ont été réalisés en cogestion médicale et des formations ont été offertes au personnel. Il en a résulté une diminution de 50 % des usagers admis en CHSLD qui aurait dû être admis en soins palliatifs;
- Augmenter la prise en charge de la clientèle sans médecin de famille, notamment les usagers connus par les équipes du soutien à domicile (SAD) et établir un plan d'action afin d'éviter le recours à l'urgence de ceux-ci. Cette problématique a été adressée aux instances médicales concernées et des travaux devront s'intensifier en 2019-2020.

Projet 2 : Améliorer les processus cliniques relatifs à la planification des départs (Réalisé à 60 %)

Différents travaux ont été réalisés afin d'améliorer les processus cliniques relatifs à la planification du départ d'un usager admis en courte durée. Grâce à une concertation clinique interprofessionnelle en vue de faire converger les actions vers le même objectif, les travaux suivants se sont déployés :

- Rédaction d'une procédure de planification des départs incluant différentes modalités et outils favorisant une meilleure gestion de l'épisode de soins et des lits de courte durée;
- Élaboration d'un plan de déploiement du Quatuor sur deux ans. Le Quatuor est une courte rencontre de type caucus, tenue 1 à 2 fois par semaine, dans laquelle les professionnels de l'équipe interdisciplinaire mettent en commun et harmonisent leur vision en vue d'optimiser le séjour, d'améliorer la qualité des soins et services à l'usager et mieux planifier le départ. Fort de l'expérience pilote réalisée à l'hôpital du Centre-de-la-Mauricie (HCM), il a été priorisé de déployer le Quatuor dans toutes les unités de soins de médecine-chirurgie de l'établissement. Pour l'an 1, le Quatuor a été déployé à l'unité du 4C au CHAUR et à l'unité du 7^e en médecine de l'hôpital Sainte-Croix (HSC).

Projet 3 : Offrir la disponibilité de professionnels 7 jours/7 pour une meilleure continuité des soins et services (Réalisé à 100 %)

Un inventaire des secteurs qui requièrent une prestation de services professionnels 7 jours/7 pour le maintien de la fluidité des admissions et des départs dans les installations des différentes missions et pour lesquels l'offre de service initiale était de 5 jours/7 a d'abord été effectué. Par la suite, pour chacun des secteurs identifiés, les membres du comité de la fluidité des épisodes de soins et services se sont positionnés sur la pertinence de développer le service 7 jours/7 et a établi une priorisation de ces secteurs. Au final, seuls les services d'ergothérapie ont été ciblés comme prioritaire et feront l'objet d'une demande de développement spécifique. Les travaux se poursuivront en 2019.

Projet 4 : Déployer le logiciel Servox afin d'optimiser le processus de désinfection des chambres (Réalisé à 30 %)

Des travaux de déploiement du système de gestion des désinfections Servox dans nos centres hospitaliers est en cours. Sa mise en place aura un impact majeur sur la fluidité des soins au niveau de la gestion des lits. Le projet, qui a débuté à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska (HDA), a permis d'acheter et de configurer la licence du logiciel et d'informer le personnel paratechnique, le service auxiliaire et métiers et les employés du service d'hygiène salubrité sur son fonctionnement. Un arrimage est en attente entre le logiciel Clinibase et Servox avant le déploiement officiel. Selon les prévisions, d'ici deux ans, HSM, HSC et HCM devraient être couverts par le logiciel Servox.

Projet 5 : Planter eClinibase pour les activités clinico-administratives et le suivi des usagers (Réalisé à 10 %)

eClinibase est un outil novateur conçu pour la gestion des activités clinico-administratives, le suivi des usagers et l'intégration virtuelle des systèmes d'informations cliniques des établissements. Cet outil permet notamment de gérer les activités, en temps réel, comme les admissions, les départs, les transferts, les inscriptions, les rendez-vous et la gestion des activités professionnelles. La clientèle en isolement et à risque de chute est également repérable facilement, ce qui permet de répondre aux besoins spécifiques des usagers. Actuellement, les centres hospitaliers du territoire sont munis de cet outil sauf HCM et HSM. Des travaux d'analyse visant l'acquisition de cet outil pour ces deux établissements sont en cours.

Projet 6 : Dresser le portrait de l'offre de service en musculosquelettique (Réalisé à 100 %)

Afin d'optimiser la trajectoire musculosquelettique, l'équipe a d'abord procédé à l'élaboration du portrait actuel des services offerts sur le territoire dans le secteur de l'imagerie médicale, des cliniques externes spécialisées (orthopédie, physiothérapie et rhumatologie) et des cliniques externes de physiothérapie disponibles. Celui-ci a permis de démontrer les modalités d'accès, l'équipe en place, l'état de situation de la liste d'attente de même que les activités cliniques disponibles. À partir de ces travaux, des actions se sont mises en place afin d'améliorer l'accès aux services pour des usagers.

Projet 7 : Mettre en place deux ateliers d'autogestion (Réalisé à 50 %)

Dans le but d'améliorer l'offre de service pour la clientèle souffrant de lombalgies, de diminuer les délais de prise en charge et d'orienter les actions vers des exercices, des informations sur l'hygiène posturale, de l'enseignement et de la promotion de saines habitudes de vie, un projet de groupe de formation sur l'autogestion de la douleur chronique a vu le jour. Celui-ci porte sur la clientèle souffrant de lombalgies/cervicalgie. Son implantation s'est faite dans tous les RLS. Le projet se poursuit en 2019-2020 pour développer l'autogestion de la douleur chronique aux épaules.

Projet 8 : Planter l'accès priorisé aux services spécialisés (Réalisé à 100 %)

Dans le cadre de la phase 2 du projet de l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS), le déploiement du formulaire provincial spécifique à la spécialité de rhumatologie et de physiothérapie a été réalisé. Ce formulaire, complété par le médecin traitant, contient à la fois une échelle de priorités cliniques et les prérequis cliniques devant être observés avant une consultation au médecin spécialiste. Par conséquent, il y a eu une adaptation de l'organisation des services qui assure le traitement, le suivi et l'orientation de chaque demande de consultation vers la centrale de rendez-vous afin d'offrir le service en temps opportun. L'objectif ultime est de garantir aux usagers un accès à un médecin spécialiste en temps opportun selon leur condition physique.

3.3.4 Priorité 4 – Missions universitaires au service de l'utilisateur

4.1 Enseignement		Cible	Résultat
Objectifs	4.1.1 Augmenter le volume de stages (nombre de jours-stages et nombre de stagiaires) en priorisant huit titres d'emploi en situation de vulnérabilité		
	Nombre de jours stages pour les huit titres d'emploi priorités : infirmière (technicienne, clinicienne, praticienne), pharmacien, psychologue, psychoéducateur, travailleur social, physiothérapeute	44 156	41 078
	4.1.2 Convertir en employés les stagiaires qui en sont à leur dernière année de parcours dans les huit titres d'emploi en situation de vulnérabilité priorités ainsi que dans le titre de préposé aux bénéficiaires		
	Pourcentage des stagiaires qui sont à leur dernière année de parcours académique qui deviennent employés au CIUSSS MCQ	≥ 70 %	40

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

Projet 1 : Augmenter les stagiaires dans nos installations afin d'assurer une relève professionnelle (Réalisé à 90 %)

Par sa mission d'enseignement, en 2018-2019, l'organisation a accueilli plus de 128 000 jours-stages de niveaux professionnel, collégial, universitaire et médecine. Ce sont donc près de 500 stagiaires, toutes disciplines confondues, qui ont été supervisés quotidiennement par nos professionnels et médecins qui œuvrent dans l'une de nos installations.

Malgré les enjeux entourant la disponibilité des ressources humaines qui peuvent freiner la capacité organisationnelle à accueillir des stagiaires, l'établissement a connu une augmentation de plus de 10 % du volume de stages universitaires comparativement à l'année précédente. Pour les programmes d'études liés aux titres d'emploi en situation de précarité, soit pharmacie, psychologie, psychoéducation, travail social, physiothérapie, infirmières praticiennes, infirmières cliniciennes et infirmières, on dénote une légère augmentation de 3,4 %. Ce résultat, qui se situe en dessous de la cible initiale de 10 %, s'explique notamment par des enjeux démographiques qui peuvent affecter le nombre de stagiaires admis dans certains programmes d'études et par l'absence de certains programmes de formation universitaire dans la région.

Projet 2 : Valoriser l'établissement pour recruter des stagiaires (Réalisé à 100 %)

Soucieux d'assurer la pérennité des soins et services offerts à la population, le CIUSSS MCQ a été actif afin de démontrer les opportunités de carrière en santé et services sociaux et le dynamisme en tant que milieu de stage auprès des jeunes de différents niveaux de formation.

Les élèves du secondaire ont été courtisés au moment où ils étaient en réflexion sur leur choix de carrière. En partenariat avec les établissements d'enseignement, l'établissement a participé au Carrefour des professions d'avenir du Centre-du-Québec afin d'attirer de futurs étudiants vers les programmes de formation en santé et services sociaux. 65 intervenants passionnés ont participé à cette activité organisée au Centre-du-Québec. En parallèle, plus de 60 intervenants de l'organisation ont accueilli près de 170 jeunes provenant de 23 écoles secondaires différentes de la région dans le cadre des « Visites VIP ». Ces activités ont permis aux jeunes intéressés à une carrière en santé et services sociaux de rencontrer, dans leur environnement de travail, divers professionnels de l'établissement. Le CIUSSS MCQ a également ouvert ses portes aux jeunes pour les stages d'observation. Ils ont ainsi eu l'occasion de côtoyer, durant quelques heures, un intervenant dans l'exercice de ses fonctions. Enfin, le Service de l'enseignement a été présent dans quelque six salons d'emploi organisés par les établissements d'enseignement universitaires.

Projet 3 : Structurer la gestion des stages pour une coordination optimale de la mission académique (Réalisé à 100 %)

Détenant une désignation universitaire, le CIUSSS MCQ doit répondre à ses obligations en matière d'enseignement. En 2018-2019, l'établissement s'est donc doté d'une structure de gestion et d'encadrement des stages (procédure)

afin de renforcer la culture d'enseignement et de mettre en place des mécanismes de coordination qui assurent un appui continu ainsi qu'une responsabilité partagée de tous les acteurs envers la mission d'enseignement. Ces mécanismes prévoient également l'identification d'une offre de stage prédéterminée par secteur et par titre d'emploi, basée sur la capacité d'accueil organisationnelle. Cette approche devrait permettre à l'organisation de s'inscrire au cours des prochaines années, dans une gestion proactive des stages. Il sera ainsi plus efficace (en temps et en résultat) de jumeler les demandes reçues à partir de l'offre établie, le tout au bénéfice des stagiaires, des professionnels et des usagers.

Projet 4 : Reconnaître les superviseurs de stage (Réalisé à 50 %)

L'organisation reconnaît l'apport incontournable des employés et des équipes qui s'impliquent directement ou indirectement dans la réalisation de sa mission d'enseignement auprès des stagiaires provenant de tous les programmes de formation. Après avoir organisé deux focus groupes auprès de superviseurs de stages et de gestionnaires, la rédaction d'une procédure de reconnaissance et de valorisation des superviseurs de stage en collaboration avec les principales parties prenantes a été réalisée. Cette procédure permettra l'instauration, en 2019-2020, de pratiques de reconnaissance harmonisées et axées sur les besoins des superviseurs de stages, tel que l'élaboration d'activités de développement des compétences pédagogiques des intervenants afin d'assurer un enseignement optimal des stagiaires.

Projet 5 : Améliorer et accélérer l'embauche des stagiaires (Réalisé à 50 %)

La présence de stagiaires est sans contredit bénéfique pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Non seulement la présence de stagiaires contribue à améliorer la qualité des soins et services, mais elle contribue également à améliorer l'accessibilité aux soins et services, car elle constitue l'une des principales sources de recrutement des professionnels. La mise sur pied d'un continuum stage-embauche est donc une des premières étapes qui permet une meilleure adéquation entre l'enseignement et les besoins de recrutement de main-d'œuvre. Ce processus, essentiel pour permettre à l'organisation de mieux répondre aux besoins de la population, s'est implanté au cours de l'année 2018-2019 dans plusieurs titres d'emploi en situation de précarité, dont la physiothérapie, le travail social, la psychologie et la psychoéducation. Comme le succès de cette démarche repose sur la collaboration des professionnels, plusieurs rencontres ont eu lieu afin de les informer du processus et des outils qui en découlent. Au terme de la présente année, plus de 23 directions adjointes ont uni leurs efforts.

4.2 Recherche		Cible	Résultat
Objectif	4.2.1 Augmenter le nombre de projets de développement (recherches et pratiques) menés avec les milieux cliniques et qui contribuent à développer nos créneaux d'expertise		
	Nombre de thèmes de développement définis par directions cliniques	10	0 défini (16 en analyse)

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

Projet 1 : Améliorer les soins et services par l'avancée scientifique des connaissances, des pratiques et des outils d'interventions (Réalisé à 80 %)

Ce projet consiste à identifier les domaines d'activités dans lesquels le CIUSSS MCQ possède déjà une expertise reconnue et pour lesquels des liens avec les milieux de la recherche ont déjà été établis ou pourraient l'être. La possibilité de se démarquer des centres de recherche existants est également prise en considération. Pour y arriver, différentes étapes étaient nécessaires :

- Définition d'un langage commun des termes de recherche facilitant l'identification des besoins de recherche dans les différents secteurs de l'établissement;
- Réalisation d'un portrait des centres et équipes de recherche au Québec et de leurs thèmes, axes et programmation scientifique;
- Réalisation d'un portrait des recherches réalisées au sein du CIUSSS MCQ et des partenaires-clés;

- Consultation des onze directions cliniques et d'une direction administrative sur les thèmes à prioriser par les différentes directions;
- Analyse des informations obtenues; distinction entre les besoins de recherche exprimés et les thèmes pour lesquels le CIUSSS MCQ détient une expertise actuellement. Plusieurs thèmes prometteurs pour la région ont finalement été identifiés.

Projet 2 : Se doter d'un processus pour gérer efficacement le développement de pratiques novatrices pour la clientèle DI-TSA (Réalisé à 65 %)

Le développement de pratiques de pointe est une exigence ministérielle découlant de notre désignation d'Institut universitaire en DI et en TSA. Une pratique de pointe doit être novatrice, spécifique, bien circonscrite et elle doit avoir fait l'objet d'une expérimentation associant les milieux cliniques et la recherche, afin d'en assurer l'évaluation et la transférabilité.

Le processus développé permet de mettre en place des pratiques, des outils d'intervention et des approches d'intervention qui répondent aux besoins des personnes ayant une DI ou un TSA de même qu'à leur entourage, et leur permet d'avoir accès à des services à la fine pointe des avancées scientifiques et cliniques. L'élaboration a été réalisée conjointement avec les milieux cliniques et de recherche, les pôles de l'Institut universitaire en DI et en TSA (le CISSS de l'Outaouais et le CIUSSS de l'Estrie-CHUS), ainsi qu'avec l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPSSS). Des outils de vulgarisation ont été élaborés pour soutenir la compréhension commune entre les différents partenaires. Ces outils seront également rendus accessibles aux autres directions DI-TSA-DP au Québec qui contribuent aux développements de pratiques de pointe avec l'IU.

4.3 Rayonnement		Cible	Résultat
Objectif	4.3.1 Augmenter la visibilité et la reconnaissance des missions universitaires dans une perspective de culture interne et de rayonnement provincial, national et international		
	• Pourcentage des CISSS et CIUSSS avec mission DITSA rejoins dans 80 % de nos activités de transfert. <i>Mesure utilisée pour le taux de pénétration des activités de transfert et de valorisation des connaissances de l'Institut universitaire dans le réseau DITSA</i>	100 %	66,6

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

Projet 1 : Reconnaître l'implication de tous dans la mission universitaire de l'établissement (Réalisé à 20 %)

Des réflexions ont eu lieu sur la façon de recenser et d'identifier les acteurs impliqués dans la mission universitaire en provenance des différents secteurs de l'organisation. Un premier pas a été franchi en rédigeant des lettres ou courriels de reconnaissance pour des intervenants impliqués dans la recherche, le développement de pratiques et le transfert des connaissances en DITSA, ainsi que dans le volet enseignement. D'autres réflexions sont en cours pour la mise en place d'un mécanisme de valorisation des contributions pour les acteurs impliqués.

Projet 2 : Miser sur le rayonnement interne et externe des désignations universitaires (Réalisé à 50 %)

À titre d'Institut universitaire, partager les connaissances au niveau provincial, national et international demeure primordial au bénéfice des usagers. En ce sens, une analyse et l'élaboration d'une stratégie ont été réalisées afin que les activités de l'IU DITSA rejoignent tout le réseau des CISSS et CIUSSS. La mise en place du Comité de diffusion et de transfert de connaissances en DITSA avec les principaux partenaires et membres élargis de l'IU DITSA, comme le Réseau national d'expertise en trouble du spectre de l'autisme (RNETSA), le Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement (SQETGC) et le Consortium national de recherche pour l'intégration sociale (CNRIS) favorisera également l'atteinte de l'objectif. Finalement, une charte des outils de communication de l'IU DITSA a été produite afin d'assurer la promotion via le site Internet et les médias sociaux IU DITSA. L'élaboration et le déploiement d'une stratégie médias et médias sociaux proactive soutenant le rayonnement en DITSA sont également prévus.

Projet 3 : Augmenter les partenariats des désignations universitaires (Réalisé à 15 %)

Rallier les forces et les collaborations entre établissements pour que les usagers bénéficient au maximum des retombées conjointes de ces partenariats, voilà l'objectif de ce projet rassembleur. À ce jour, un recensement des contributions des collaborateurs internes et externes actuels pour la désignation de l'IU DITSA a été réalisé. Les prochaines étapes consistent en une planification de différentes stratégies pour le développement de collaborations potentielles et une consolidation des partenariats et intégrations issues de la fusion de 2015. Une discussion avec trois établissements du réseau pour la réalisation d'ententes de collaboration sont aussi en cours.

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

4.1 Chapitre III : Attentes spécifiques

La performance du CIUSSS MCQ au niveau du chapitre III de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) se résume par l'atteinte de 14 attentes spécifiques sur les 17 que contient l'EGI. Concernant les trois autres attentes, l'une est annulée par le MSSS et deux sont reportées. Ainsi, les 14 attentes spécifiques, dont un suivi était attendu pour le 31 mai 2019, portent le niveau d'atteinte à 100 % pour le chapitre III.

Au chapitre IV, l'EGI comprend 64 indicateurs. De ce nombre, sept sont en expérimentation et deux autres engagements sont retirés par le MSSS, ce qui fait un total de 55 indicateurs en reddition de comptes. Le niveau d'atteinte des engagements en reddition de comptes est le suivant : 17 indicateurs dont l'engagement est atteint (30,9 %), 24 indicateurs dont l'atteinte de l'engagement est égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 % et 14 indicateurs dont le résultat est inférieur à 90 % d'atteinte de l'engagement.

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

Santé publique		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat : - réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; - suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; - suivre l'application des mesures en PCI; - suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; - adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.; - entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; - assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; - recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; - déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; - déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; - acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.	
	Formulaire GESTRED n° 10516 à la période 13.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Comité en place. Quatre (4) rencontres ont été réalisées en 2018-2019, soit le 29 mai 2018, le 2 octobre 2018, le 22 novembre 2018 et le 5 février 2019.		

Santé publique		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme, de promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif chez les jeunes (02.2)	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type et description des activités, objectifs, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme, la promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif dans les déplacements et dans les loisirs chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte des cibles du Plan stratégique du MSSS : la réduction du nombre de fumeurs, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et l'augmentation du nombre de jeunes actifs durant leurs loisirs et leurs déplacements. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que des retombées observées.	
	Gabarit produit par le MSSS à retourner pour le 30 avril 2019.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Reddition de comptes acheminée le 30 avril 2019.		

Services sociaux		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	
	Gabarit produit par le MSSS à retourner pour le 31 mai 2019.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Document transmis le 31 mai 2019.		

Services sociaux		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	
	Formulaire GESTRED n° 31600 aux périodes 6, 10 et 13.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
S.O.		

Services sociaux		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)	La Stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements : • d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • de les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie; • de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis; • de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire. L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.	
	Plan de travail (Word) produit selon les attentes énoncées au sein de la Stratégie à remettre le 30 juin 2018.	Réalisée à 100 %
	Formulaire GESTRED n° 10412 aux périodes 6, 10 (annulée par le MSS) et 13.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
<u>Plan de travail</u> Réalisé en 2018. <u>Formulaire GESTRED</u> Formulaire complété à la période 13 seulement.		

Services sociaux		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)	Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'utilisateur. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficacité des services. Pour chaque région sociosanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.	
	Fiche au cahier des charges.	Non applicable
Commentaires		
Cette attente a été retirée par le MSSS.		

Services sociaux		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.5)	Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements fusionnés doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	
	Gabarit produit par le MSSS (fichier Excel utilisé en 2017-2018) pour l'état des résultats à retourner aux périodes 6, 10 et 13.	Non applicable
	Gabarit produit par le MSSS pour l'état de mise en œuvre à retourner aux périodes 6 (13 annulée).	Réalisée à 100 %
Commentaires		
La première partie de cette attente a été retirée par le MSSS. Document transmis le 30 octobre 2018.		

Services sociaux		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (03.7)	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements.	
	Gabarit produit par le MSSS à retourner aux périodes 3, 5, 8 et 13.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Les quatre (4) gabarits ont été produits dans les délais demandés. Concernant les résultats inscrits dans le dernier gabarit, voici un résumé des commentaires énoncés : - Parmi ceux admissibles, 41 % des résidents reçoivent un deuxième bain. Ceci constitue une nette amélioration par rapport à l'an dernier. - La raison principale est la pénurie de personnel en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD). La structure est en place, mais le manque de personnel régulier entraîne le personnel embauché pour le deuxième bain à prêter mains fortes aux équipes afin de répondre à l'ensemble des besoins de base des résidents. Nous avons un plan de ressources humaines (RH) qui nous mobilise à mettre en place des solutions pour améliorer cette situation.		

Services de proximité, urgences et préhospitalier		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04.1)	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	
	Gabarit produit par le MSSS à retourner le 31 mai 2019.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Document transmis le 29 mai 2019.		

Services de proximité, urgences et préhospitalier		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (04.2)	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	
	Gabarit produit par le MSSS à retourner le 30 avril 2019 (reporté par le MSSS au 30 juin 2019).	Non applicable
Commentaires		
L'information sera transmise au plus tard le 15 juillet 2019 au MSSS.		

Services de proximité, urgences et préhospitalier		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04.3)	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	
	Gabarit produit par le MSSS à retourner à la période 13.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
S.O.		

Services de santé mentale et de psychiatrie légale		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Poursuivre le déploiement des effectifs en santé mentale dans les équipes de soutien dans la communauté (05.1)	Chaque établissement qui a reçu du financement doit fournir pour chaque type de services de soutien dans la communauté identifié, les informations requises sur les postes équivalents à temps complet créés, comblés et vacants, le nombre de places supplémentaires disponibles, le nombre d'usagers supplémentaires desservis, le coût moyen par poste créé, de même que le total de la dépense engagée.	
	Formulaire GESTRED n° 31500 aux périodes 3, 5 (annulée par le MSSS), 8 et 13.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Formulaire complété pour toutes les périodes demandées.		

Financement, infrastructure et budget		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	
	Système Actifs + Réseau	Non applicable
Commentaires		
Reddition de comptes à venir le 31 mars 2020.		

Coordination réseau et ministérielle		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile. L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.	
	Formulaire GESTRED n° 9083 à la période 13.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
S.O.		

Coordination réseau et ministérielle		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	
	Formulaire GESTRED n° 9084 aux périodes 6 et 13.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
S.O.		

Planification, évaluation et qualité		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements (09.1)	Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices - Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.	
	Plan d'action produit par les établissements à remettre au plus tard le 31 mars 2019. Fiche de reddition à transmettre avec le plan d'action.	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Reddition de comptes acheminée le 23 avril 2019 suite à une entente avec le MSSS.		

Technologie de l'information		
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (10.1)	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif ou clinico-administratif, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus. » La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ». Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.	
	Formulaire GESTRED n° 580 à toutes les périodes (1 à 13).	Réalisée à 100 %
Commentaires		
Une personne est dédiée à la mise à jour du répertoire.		

4.2 Chapitre IV : Engagements annuels

Tableau : Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Cancérologie				
Plan stratégique				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	82,6	90,0	81,3 (J)	90,0
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	97,2	100	96,5 (J)	100
Commentaires				
Quelques enjeux ont actuellement un impact direct sur l'accessibilité à la chirurgie : - Disponibilité des ressources humaines : - Pénurie de ressources humaines aux niveaux médical, clinique et administratif qui occasionne des bris de service, du temps supplémentaire et un rappel au travail, en plus d'augmenter la pression sur les équipes en place. - La pénurie sur les unités d'hospitalisation entraîne également une limitation de l'accès aux lits. - Plan d'effectifs médicaux (PEM) non comblés dans plusieurs spécialités : - Quatre (4) oto-rhino-laryngologistes; - Trois (3) ophtalmologues; - Un (1) urologue; - Un (1) plasticien; - Un (1) gynécologue-obstétricien. Ceci a pour effet d'augmenter le volume d'activités sur des équipes réduites et de polariser des services sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec au détriment de la clientèle. - Absences de spécialistes (maladie) : - Six (6) anesthésistes - Deux (2) urologues - Accessibilité aux lits en post-opératoire et aux soins intensifs - Report de chirurgies électives et oncologiques, particulièrement cet hiver, et application de mesure de contingence d'accès aux lits. - Ralentissement de l'activité chirurgicale selon la fluctuation des demandes d'hospitalisations faites par différents secteurs en compétition avec la chirurgie pour obtenir des lits d'hospitalisation.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique				
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	83,9	94,0	76,5 (R)	84
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	93,9	94,8	93,6 (J)	94,8

1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	83,9	90,0	83,4 (J)	90,0
Plan stratégique 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	5 211	5 028	4 807 (J)	5 028
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	73,7	75,0	77,8 (V)	85,0
Commentaires <u>1.01.13.01</u> Explication de la non-atteinte de l'engagement : Plusieurs changements dans l'environnement du milieu scolaire ont des impacts sur notre implication possible. Les écoles sont de plus en plus autonomes pour certaines activités en lien avec la mise en œuvre du plan de réussite éducative. Les activités reliées à l'éducation sexuelle sont assumées par les professeurs dans la plupart des écoles. Les organismes communautaires augmentent leur implication auprès des écoles sans que notre contribution soit requise. Le rôle de la répondante École en santé s'est graduellement modifié pour augmenter notre rôle conseil pour la planification d'activités et diminuer les activités d'animation dans les classes. <u>1.01.29</u> Explication de la non-atteinte de l'engagement : Remplacement du personnel non possible en lien avec la pénurie de main-d'œuvre. Révision des processus de travail en cours pour répondre à l'objectif d'augmenter la réponse dans les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE) sans affecter la réponse à la clientèle 15-24 ans. <u>1.01.27</u> Nous avons atteint un seuil maximal. De plus, nous sommes déjà nettement supérieurs à la norme ministérielle de 90 %. La cible est presque atteinte. <u>1.01.28 et 1.01.30</u> Afin de favoriser l'atteinte de la cible, lors d'absence de ressources, nous déplaçons des infirmières sur une base volontaire pour assurer un nombre suffisant de plages horaires pour la clientèle de l'ensemble des réseaux locaux de services (RLS). Il y a toujours une proportion d'enfants qui ne peuvent recevoir le vaccin dans le délai prescrit (ex. : maladie).				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
Plan stratégique 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100 (V)	100
Plan stratégique 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100 (V)	100

Plan stratégique 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	66,7 (R)	100
Plan stratégique 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	52,5	75,0	57,4 (R)	80,0
Commentaires <u>1.01.19.04</u> Sur trois installations visées par cet indicateur, une seule n'atteint pas le taux. Les procédures en hémodialyse ont été révisées dans une installation durant l'année 2018-2019, selon les pratiques exemplaires du Programme québécois des soins sécuritaires. Elles seront aussi implantées dans les deux autres installations en 2019-2020. <u>1.01.26</u> L'engagement n'a pas été atteint. Les causes sont multiples pour le non-respect de l'hygiène des mains : le manque de personnel, le manque de connaissances sur les indications pour la pratiquer, etc. Nous travaillons cependant en amélioration continue pour atteindre les résultats. Il y a eu une augmentation de 4,9 % par rapport à l'année précédente. Un suivi en continu est réalisé au comité de direction.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Services généraux – Activités cliniques et d'aide				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	93,1	93,5	91,7 (J)	93,5
Commentaires La baisse de résultat au 31 mars 2019 est attribuable au manque de personnel. Plusieurs problématiques liées aux technologies ont aussi été vécues au cours de l'année, ce qui rallonge le temps de rédaction des fiches d'appel pour les professionnels. Notons toutefois que le résultat dépasse la norme ministérielle provinciale de 90 %. Pour remédier à la situation, l'embauche de cinq (5) nouvelles ressources est prévue d'ici l'été 2019 et des modifications seront apportées à la fiche d'appel d'ici la fin 2019.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	996 054	1 094 103	1 012 480 (J)	N. D.
Plan stratégique 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	11 877	12 166	11 388 (J)	N. D.

Plan stratégique 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	82,7	90,0	81,1 (J)	90,0
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	Cet engagement a été retiré par le MSSS			
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	Cet engagement a été retiré par le MSSS			
Commentaires <u>1.03.05.01</u> Explication en lien avec la non-atteinte de l'engagement : • Pénurie de main-d'œuvre, notamment le non-remplacement des effectifs en soins infirmiers. • Saisie de données liées aux allocations directes, principalement les heures liées au répit (montants donnés aux usagers plutôt qu'aux organismes). Mesures prises pour améliorer la situation : • Efforts déployés par les équipes de liaison gériatrique pour améliorer la fluidité (heures non comptabilisées). • Révision des modalités et de la codification d'allocations directes en cours. • Démarche avec les ressources humaines concernant la pénurie de main-d'œuvre. <u>1.03.11</u> Explication en lien avec la non-atteinte de l'engagement : • La rectification de la codification des usagers en déficience physique (DP) a entraîné une baisse (usagers ne devant pas être comptabilisés à la base). • Des dossiers DP ayant uniquement un service de transport hébergement et un programme d'élimination ont été fermés tout en recevant l'allocation. • Le transfert des services psychosociaux et de réadaptation au programme-service DI-TSA a mis à contribution les équipes actuelles. L'augmentation du volume clientèle DI-TSA est notable dans la dernière année. Mesures prises pour améliorer la situation : • Harmonisation du cadre normatif I-CLSC. • Signature des ententes entre le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les résidences privées pour aînés (RPA) et les groupes de médecine familiale (GMF). • DP : Révision des profils 1 et 2 pour améliorer l'inscription des usagers dans le bon service. • Mise en place d'outils afin de s'assurer qu'un suivi rigoureux des évaluations soit effectué. <u>1.03.12</u> Explication en lien avec la non-atteinte de l'engagement : • L'appropriation de l'approche par programme. • Implantation des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI), déploiement du 5 mai 2018 au 12 février 2019. Par conséquent, la vitesse d'exécution a été fortement ralentie par l'appropriation. Mesures prises pour améliorer la situation : • Appropriation des OCCI par les intervenants. • Poursuite du suivi rigoureux des évaluations. • Validation de la qualité de l'extraction des données pour les outils de suivi.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
Plan stratégique 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	100 (V)	100
Plan stratégique 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	100 (V)	100
Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	87,5	100 (V)	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	81,8	85,2	81,0 (J)	85,2
Commentaires 1.03.13 La non-atteinte de la cible s'explique par les facteurs suivants : • La clientèle avec troubles neurocognitifs majeurs et avec problèmes de comportements associés (SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence) que nous admettons en CHSLD malgré un profil ISO-SMAF inférieur à 10. • La clientèle admise en CHSLD avec pronostic de fin de vie supérieur à deux mois et inférieur à six mois qui ne répond pas aux critères des ressources disponibles en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) et qui ne peut demeurer à domicile, en RPA ou en ressource non institutionnelle (RNI). • La clientèle avec complexité de soins, équipements spécialisés et techniques de soins spécialisés ne pouvant être répondue par une ressource autre qu'un CHSLD. Mesures prises pour améliorer la situation : • Nous sommes à explorer les possibilités d'ouvrir des lits de stabilisation pour les SCPD et à trouver des alternatives pour les personnes en fin de vie dont le pronostic est supérieur à deux mois.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Déficiences				
Plan stratégique 1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	40,00	45,00	35,91 (V)	45,00
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	88,2	92,4	89,2 (J)	92,0

1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	97,2	99,0	96,1 (J)	96,0
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	91,5	96,9	92,8 (J)	92,0
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	99,0	99,7	95,0 (J)	96,0
Plan stratégique 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	81,1	81,1	97,3 (V)	90,0
Commentaires <u>1.05.15</u> - L'accès aux services est offert à l'intérieur de l'engagement de 45 jours. - Amélioration de 4,09 jours en 2018-2019 comparativement à 2017-2018. <u>1.45.04.01</u> - Nous observons une amélioration de 1 % en 2018-2019 comparativement à 2017-2018. - Des travaux d'arrimage avec la Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée (DPSAPA) permettront d'améliorer la fluidité des demandes de services pour les services spécifiques du soutien à domicile et contribueront certainement à améliorer l'accès. - Absence d'un outil informatique centralisé de suivi des demandes qui sont actuellement traitées dans huit (8) systèmes I-CLSC. Pour le moment, le suivi des demandes spécifiques par priorité est impossible via notre système. Nous travaillons actuellement à développer un outil qui permettra un suivi centralisé à l'intérieur d'un seul outil informatique. <u>1.45.04.05</u> - Diminution de 1,1 % en 2018-2019 comparativement à 2017-2018. - Disponibilité de rapports à l'intention des gestionnaires pour assurer un suivi rigoureux des situations à risque de dépasser le plan d'accès. Suivi par les directions adjointes périodiquement. - Problématique technologique liée à l'évaluation de l'atteinte de la cible. Malgré le résultat présenté par le rapport MSSS, le taux de respect au plan d'accès s'élèverait plutôt à 98 %. <u>1.45.05.01</u> - Nous observons une amélioration de 1,3 % en 2018-2019 comparativement à 2017-2018. - Le transfert des services psychosociaux et de réadaptation au programme-services DI-TSA a mis à contribution les équipes actuelles. L'augmentation du volume de clientèles DI-TSA est notable dans la dernière année. En surpassant cette cible, il y a effectivement eu une baisse observée quant à la rapidité de prise en charge des nouveaux dossiers.				

- Des travaux d'arrimage avec la DPSAPA permettront d'améliorer la fluidité des demandes de services pour les services spécifiques du soutien à domicile et contribueront certainement à améliorer l'accès.
- Absence d'un outil informatique centralisé de suivi des demandes qui sont actuellement traitées dans huit (8) systèmes I-CLSC. Pour le moment, le suivi des demandes spécifiques par priorité est impossible via notre système. Nous travaillons actuellement à développer un outil qui permettra un suivi centralisé à l'intérieur d'un seul outil informatique.

1.45.05.05

- Diminution de 4 % en 2018-2019 comparativement à 2017-2018.
- Disponibilité de rapports à l'intention des gestionnaires pour assurer un suivi rigoureux des situations à risque de dépasser le plan d'accès. Suivi par les directions adjointes périodiquement.

1.46

- La totalité des usagers de 21 ans et plus en DI-TSA ont une activité de jour. La trajectoire intégration au travail est bien implantée et la trajectoire intégration communautaire fut développée cette année avec le projet Forces.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Jeunes en difficulté				
Plan stratégique				
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	19,94	16,00	21,0 (R)	N. D.
Commentaires				
S.O.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Dépendances				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	93,2	94,4	90,7 (J)	93,0
Plan stratégique				
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	100	98,7	100 (V)	100
Commentaires				
<u>1.07.04</u> La cible prévue de 94,4 % était un défi, ce pourquoi la nouvelle cible 2019-2020 a été revue à la baisse et acceptée à 93 %. Des obstacles comme des erreurs de saisie dans le logiciel statistique, l'absence de la clientèle à leur rendez-vous et une clientèle parfois réfractaire sont des exemples pour lesquels la cible n'a pu être atteinte. Les travaux en cours ainsi que le plan d'investissement en dépendance permettront d'atteindre la nouvelle cible fixée.				
Malgré les obstacles identifiés, l'augmentation du volume des demandes est appréciable malgré la cible qui n'est pas atteinte.				
<u>1.07.06</u> Actions préventives mises en place, entre autres, dans les milieux scolaires, considérant le travail continu effectué auprès des différents programmes-services afin de détecter précocement les clientèles ayant des besoins de services en dépendance. Les services de proximité en dépendance (première ligne) sont déployés dans tous les territoires. Les investissements en dépendance et les travaux en cours en proximité permettront de maintenir l'atteinte de la cible.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé mentale				
Plan stratégique 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	910,8	910,0	910,8 (V)	910,0
Plan stratégique 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	374,4	348,0	374,4 (V)	348,0
Commentaires Le plan d'investissement pour les équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) et de suivi d'intensité variable (SIV) a permis l'ajout de postes sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, ce qui a facilité l'atteinte des cibles. Le plan d'action en santé mentale précise que l'on devrait avoir 70 places par 100 000 de population, cela place le CIUSSS MCQ à 360 places selon notre population.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Urgence				
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11,67	11,00	11,45 (J)	N. D.
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	53,5	75,0	56,0 (R)	N. D.
Plan stratégique 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	58,9	75,0	61,5 (R)	N. D.
Commentaires <u>1.09.01</u> La non-atteinte est attribuable à l'épisode hivernal où la fluidité a été très atteinte. Bien que l'engagement ne soit pas atteint, le résultat dépasse la norme ministérielle de 12 heures. <u>1.09.43 et 1.09.44</u> Il s'agit de deux indicateurs difficiles à atteindre, car ils impliquent, entre autres, l'adhésion du corps médical et une diminution de l'achalandage. On peut quand même noter une légère amélioration en Mauricie et au Centre-du-Québec par rapport au reste de la province qui stagne. Pour cette raison, nous demandons une révision des cibles.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie				
Plan stratégique 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	2 161	2 100	2 277 (V)	2 188
Plan stratégique 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	58	58	66 (V)	66

Plan stratégique 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	27,3	25,0	27,7 (V)	27,3
Commentaires 1.09.45 Ouverture à la fin du mois d'avril 2018 d'une nouvelle maison de soins palliatifs : la Maison Aline-Chrétien. Cette dernière comporte huit (8) lits.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne				
Plan stratégique 1.09.25-PS Nombre total de GMF	25	25	26 (V)	27
Plan stratégique 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	88,09	90,50	89,25 (J)	90,40
Plan stratégique 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1	1	1 (V)	1
Commentaires S.O.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Chirurgie				
Plan stratégique 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	2	0	10 (J)	N. D.
Commentaires Les données internes portent sur le résultat à neuf (9) patients en attente depuis plus d'un an dont six (6) sont planifiés et un (1) est en suivi d'accès. Il reste donc deux (2) patients non planifiés (urologie).				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale				
Plan stratégique 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	73,8	83,5	74,7 (R)	83,5
Plan stratégique 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	88,3	90,0	51,1 (R)	90,0

Plan stratégique 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	92,3	100	97,1 (J)	100
Plan stratégique 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100 (V)	100
Plan stratégique 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	58,5	80,0	75,2 (J)	80,0
Plan stratégique 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	95,8	100	94,0 (J)	100
Plan stratégique 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	86,3	90,0	85,1 (J)	90,0
Plan stratégique 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	82,3	95,0	74,4 (R)	95,0
Plan stratégique 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	59,7	95,0	60,6 (R)	95,0
Plan stratégique 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	91,6	100	92,4 (J)	100
Commentaires Les principaux facteurs expliquant la non-atteinte des résultats sont : • L'augmentation de la demande; • La capacité limitée des radiologistes à augmenter le nombre d'examens à lire; • Le remplacement de plusieurs appareils ou le bris de certains appareils sur de longues périodes. Les mesures mises en place sont : • Recrutement de nouveaux radiologistes pour combler les PEM vacants et de radiologistes membres associés (printemps-été 2019); • Priorisation en cours pour maximiser le remplacement des appareils en fin de vie utile. Malgré une augmentation du nombre d'examens réalisés de 18 % en 2018-2019 par rapport à 2017-2018, soit 37 653 examens supplémentaires, le constat est que les indicateurs sont, pour la plupart, demeurés stables.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	53,3 (R)	100
Commentaires Un plan d'action est en cours pour que tous les outils soient implantés. Des rencontres avec l'ensemble des unités ont été réalisées pour corriger la situation.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources humaines				
Plan stratégique				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	8,01	6,10	8,09 (R)	N. D.
Plan stratégique				
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,33	2,95	4,83 (R)	N. D.
Plan stratégique				
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,14	0,90	1,10 (R)	N. D.
Commentaires Le taux d'assurance salaire élevé a des impacts directs sur la disponibilité de la main-d'œuvre, ce qui se traduit par une diminution des heures travaillées en régulier, et donc, par une augmentation des heures travaillées en temps supplémentaire, en temps supplémentaire obligatoire et, ultimement, à un recours à la main-d'œuvre indépendante afin d'éviter des bris de service. <u>Ratio d'heures en assurance salaire</u> L'écart à la cible est majoritairement dû aux absences pour causes psychologiques et aux problèmes musculo-squelettiques. À cet égard, diverses actions préventives (bureau de prévention, ajout de postes, formations, projets pilotes, suivi d'indicateurs) ont été mises en place et se sont révélées porteuses. L'organisation poursuit donc en ce sens pour l'année 2019-2020. <u>Taux d'heures supplémentaires</u> Un comité de vigie au niveau des ressources humaines s'est réuni de façon hebdomadaire au cours de l'année 2018-2019. Suite à ces rencontres, le rehaussement des postes a été ciblé comme la mesure prioritaire. Les démarches en cours quant au rehaussement des postes pour les catégories syndicales 1 et 2 visent principalement deux objectifs, soit le recrutement externe avec une offre de poste sur mesure jusqu'à du temps complet et le rehaussement des titulaires actuels de poste à temps partiel. Ces mesures permettront certainement à l'organisation d'obtenir des résultats intéressants afin d'infléchir la courbe actuelle. <u>Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante</u> Les enjeux de pénurie de main-d'œuvre ne permettent actuellement pas à l'organisation d'atteindre l'engagement prescrit. Toutefois, nous dépassons la cible de la planification stratégique 2015-2020 (1,27).				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Multiprogrammes				
Plan stratégique 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	60,6	70,0	63,3 (J)	75,0
Commentaires - En fonction des données disponibles, nous observons une amélioration de 2,7 % en 2018-2019 comparativement à 2017-2018. - Absence d'un outil informatique centralisé de suivi des demandes qui sont actuellement traitées dans huit (8) systèmes I-CLSC. Actions en cours pour identifier un outil permettant de faire un suivi continu de cet indicateur.				

Légende

(V)	Atteinte de l'engagement annuel à 100 % ou plus
(J)	Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
(R)	Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %
N. D.	Non disponible

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

5.1 L'agrément

Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services offerts, le CUISSS MCQ s'est engagé, à titre de centre intégré, dans son premier cycle d'agrément. La démarche d'agrément est un processus d'évaluation rigoureux basé sur des normes d'excellence reconnues, permettant d'évaluer et d'améliorer la qualité, le rendement et l'efficacité de l'établissement. Un portrait des pratiques administratives et cliniques à consolider a été obtenu lors de la première visite d'Agrément Canada réalisée en octobre 2017.



Une deuxième visite visant les directions des programmes sociaux et de réadaptation a eu lieu du 9 au 13 avril 2018, bouclant ainsi ce premier cycle d'agrément. L'établissement a d'ailleurs été parmi les premiers à accueillir un usager-visiteur lors de cette visite. Le taux de conformité obtenu de 95 % des 1 703 critères évalués, témoigne de l'engagement du personnel et des médecins à offrir des soins et des services sécuritaires et de qualité à la population. Des preuves soumises à Agrément Canada pour 23 critères jugés non conformes les 13 septembre et 21 décembre 2018 ont été acceptées. Un dernier suivi est prévu pour 21 critères le 23 juin prochain.

Au terme de cette évaluation des soins et des services offerts par l'ensemble de ses directions, le CUISSS MCQ est fier d'être le premier établissement fusionné à obtenir le statut agréé.

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

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

- Le renouvellement du concours dans le cadre de la semaine de la sécurité des soins et services pour souligner les projets innovants et ainsi promouvoir la sécurité au sein de l'établissement :
 - Prix coup de cœur des collègues 2018 : Projet d'instauration d'une unité sécurisée pour une approche plus adaptée à la clientèle en déclin fonctionnel au CHAUR réalisé par l'équipe de soins de l'unité de médecine 2N.
 - Prix coup de cœur des usagers 2018 : Projet d'aide-mémoire pour estimer et dépister les clients à risque suicidaire et d'homicide réalisé par l'équipe de santé mentale de proximité et services sociaux généraux - Bécancour – Nicolet-Yamaska
- La mise à jour des actions prévues au Plan de sécurité – Volet clinique, prestation sécuritaire des soins et services de l'organisation et présentation des pratiques sécuritaires au CGR de l'établissement :
 - Prévention du suicide (DPSMAD)
 - Prévention des chutes et mesures de contrôle (DSI)
 - Prévention des plaies de pression (DSI)
 - Gestion des médicaments (DSM)
 - Prévention et contrôle des infections (DSI)
 - Double identification des usagers (DSM)
 - Sécurité informationnelle (DRI)

Déclaration des incidents et accidents

L'importance de la sécurité des soins est également visible par un fort engagement à déclarer tous les événements indésirables. En 2018-2019, 32 425 déclarations ont été enregistrées comparativement à 32 862 l'année précédente. Sommairement, on observe peu de variation dans l'ensemble des données analysées au niveau des déclarations. Cependant, on note une augmentation du nombre d'événements qui n'ont pas fait l'objet d'une analyse de gravité (194 en 2018-2019 comparativement à 74 en 2017-2018). Cet élément fera l'objet d'un suivi particulier pour la prochaine année.

Au cours de l'année, ce sont plus de 245 événements majeurs qui ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie. Suite à cette analyse, 332 actions concrètes ont été mises en place pour éviter la récurrence de tels événements et améliorer sans cesse la qualité des soins et des services.

Rappelons qu'un soutien quotidien est offert aux gestionnaires pour compléter les étapes de déclaration, procéder aux analyses sommaires et mettre leurs plans d'action en œuvre. Des outils adaptés aux besoins des secteurs cliniques sont disponibles pour permettre un meilleur suivi des déclarations et favoriser la communication aux équipes par le biais de tableaux de bord. Des formations ont également été offertes pour permettre une appropriation optimale de ces outils.

Nature des principaux incidents et accidents



Les incidents

(Gravité A,B)

**4853 déclarations
produites, soit 15,0 %
de tous nos
événements déclarés**

Type d'événement les plus fréquents- TOP 3	Volume	% sur volume total déclaré
Médication	1 234	3,8 %
Chute	739	2,3%
Test Dx, Labo	525	1,6 %
Total top 3	2 498	7,7%

Les accidents

(Gravité C à I)

**27 306 déclarations
produites, soit 84,2 %
de tous nos
événements déclarés**

Type d'événement les plus fréquents TOP 3	Volume	% sur volume total déclaré
Chute	14 303	44,1 %
Médication	7 097	21,9 %
Traitement	1 055	3,3 %
Total top 3	22 455	69,3 %

*194 événements n'ont pas fait l'objet d'une analyse de gravité.

Source: Registre local de déclarations des incidents et accidents

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

Actions entreprises par le Comité de gestion des risques (CGR) et mesures mises en place par l'établissement pour la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

La valorisation et l'instauration d'une culture de prévention et de contrôle des infections est au cœur des préoccupations de l'établissement. D'ailleurs, une Politique de prévention et contrôle des infections (PCI) a été adoptée par le CA en février 2018.

À la suite de l'analyse de certains événements sentinelles, le CGR a émis des recommandations aux directions en matière de prévention et de contrôle des infections. En ce sens, un plan d'action a été élaboré et est en cours d'application sur la surveillance de la transmission des bactéries multirésistantes aux antibiotiques, la surveillance des éclosions de grippe et de gastro-entérite et l'hygiène des mains.

Des efforts se sont poursuivis du côté de la formation du personnel, autant à l'embauche qu'en cours d'emploi, notamment en matière d'hygiène des mains, de pratique de base et de précautions additionnelles, de port de l'équipement de protection individuelle ainsi que de salubrité.

L'hygiène des mains est une des stratégies à privilégier pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Ainsi, le comité en prévention et contrôle des infections assure la mise à jour biannuelle d'un plan de sécurité qui détaille les pratiques sécuritaires priorisées (en collaboration avec le CGR). Les résultats des taux d'hygiène des mains sont transmis au comité de gestion des risques ainsi qu'à la salle de pilotage stratégique de l'établissement (où siègent les membres du comité de direction) afin de les sensibiliser et dénouer certains obstacles s'il y a lieu. Un plan de communication a été rédigé qui a permis de faire une campagne de marketing social. À la suite d'évaluations de la pratique d'hygiène des mains réalisées dans l'ensemble des unités de soins de courte durée, d'hébergement, de réadaptation et dans les urgences, nous observons un taux global de pratique de l'hygiène des mains pour l'année 2018-2019 de 61,5 %. La cible de 75 % fixée par le MSSS n'a donc pas été atteinte. Toutefois, on dénote une augmentation de 5,5 % par rapport à l'an dernier.

En ce qui concerne la surveillance et la gestion des éclosions de grippe et de gastro-entérite dans les centres d'hébergement ainsi que dans les centres hospitaliers, on note une diminution pour l'année 2018-2019, passant de 48 à 23 éclosions de grippe dans nos centres d'hébergement et de 28 à 16 éclosions dans les unités de courte durée de nos centres hospitaliers. Des audits fréquents ont été effectués dans les secteurs où les éclosions ont eu lieu et des mesures concernant l'isolement, les protections individuelles, la fréquence de nettoyage et une campagne de vaccination antigrippale pour le personnel et la population ont été adoptées. Du côté des éclosions de gastro-

entérite, on note également une baisse, passant de 35 à 26 éclosions dans nos centres d'hébergement et de 15 à 13 dans les unités de courte durée de nos centres hospitaliers. Ceci prouve que les mesures harmonisées de gestion des éclosions et de lavage des mains se sont avérées efficaces.

Des défis restent à relever en matière de surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Un plan de sécurité qui détaille les pratiques sécuritaires prioritaires par le comité en prévention et contrôle des infections a donc été élaboré et différentes actions se poursuivront au cours de la prochaine année.

Mesures de contrôle des usagers

Dans une volonté de dispenser des soins sécuritaires et de qualité aux usagers, en 2016, le CIUSSS MCQ s'est doté d'une politique sur l'application exceptionnelle d'une mesure de contrôle. Cette politique est centrée sur les valeurs organisationnelles de respect et de dignité de la personne.

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

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

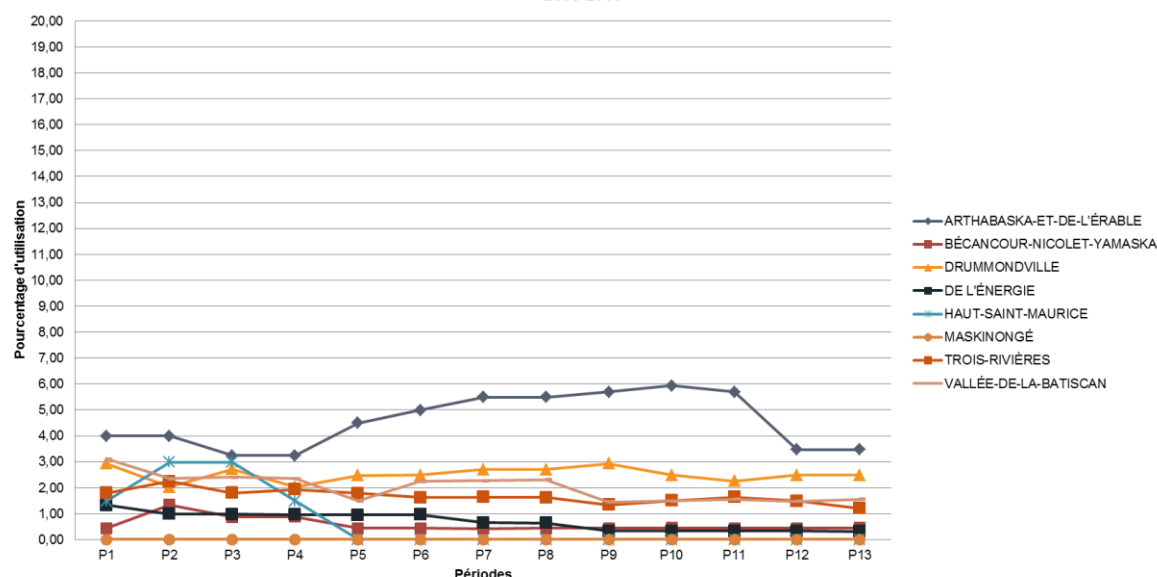
Faits saillants en 2018-2019 :

- Poursuite de l'application de la politique harmonisée sur l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle, dans l'ensemble des missions, selon les spécificités des secteurs d'activité.
- Développement d'un guide d'application des mesures de contrôle pour le secteur du soutien à domicile.
- Rédaction et diffusion d'une procédure sur l'utilisation des côtés de lits.
- Présentation de deux types de formation sur l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle, dont une pour les professionnels et une autre pour les aides-soignants.
- Réalisation d'un audit de dossier en CHSLD sur la conformité du processus d'application d'une mesure de contrôle ainsi que la surveillance associée.
- Implantation d'un outil de vigie de la prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale depuis le 1^{er} avril 2018.
- Développement et implantation d'un outil de vigie de la prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle en soins généraux (unités d'hospitalisation de médecine et de chirurgie).
- Harmonisation et diffusion des règles de pratiques professionnelles en prévention des chutes et en suivi post-chute.

Le tableau suivant présente les données par RLS pour le secteur de l'hébergement. Le taux cumulatif indique une prévalence moyenne de 1,99 % d'usagers ayant une ou plusieurs mesures de contrôle. Comme le démontrent ces excellents résultats, des efforts soutenus ont été déployés par les équipes de soins, les équipes interdisciplinaires et les gestionnaires pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle dans les centres d'hébergement du CIUSSS MCQ.

Tableau cumulatif de l'utilisation des mesures de contrôle (%)														
CHSLD MCQ														
2018-2019														
Territoires	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	TOTAL
ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE	3,99	3,99	3,24	3,23	4,49	4,99	5,49	5,49	5,69	5,94	5,69	3,47	3,47	4,55%
BÉCANCOUR-NICOLET-YAMASKA	0,43	1,33	0,87	0,88	0,43	0,43	0,42	0,43	0,44	0,45	0,44	0,43	0,45	0,57%
DRUMMONDVILLE	2,93	2,03	2,71	2,03	2,47	2,48	2,70	2,70	2,93	2,48	2,26	2,48	2,48	2,52%
DE L'ÉNERGIE	1,33	0,99	0,97	0,96	0,95	0,96	0,65	0,64	0,32	0,33	0,33	0,32	0,32	0,70%
HAUT-SAINT-AURICE	1,49	2,99	2,99	1,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69%
MASKINONGÉ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
TROIS-RIVIÈRES	1,79	2,24	1,80	1,93	1,78	1,63	1,63	1,62	1,34	1,50	1,64	1,49	1,21	1,66%
VALLÉE-DE-LA-BATISCAN	3,10	2,34	2,40	2,34	1,48	2,24	2,27	2,31	1,45	1,49	1,55	1,47	1,55	1,99%
CUMULATIF HÉBERGEMENT	2,16%	2,17%	1,99%	1,86%	1,97%	2,06%	2,14%	2,15%	2,06%	2,08%	2,03%	1,64%	1,57%	1,99%

Évolution de l'utilisation des mesures de contrôle dans CHSLD par territoire de la MCQ
2018-2019



Le tableau suivant présente les données par RLS pour le secteur des unités de santé mentale. Le taux cumulatif indique une prévalence moyenne de 2,97 % d'utilisateurs ayant une ou plusieurs mesures de contrôle dans les unités de santé mentale du CIUSSS MCQ. Il est à noter que le taux plus élevé sur le RLS Arthabaska-et-de-l'Érable s'explique par l'absence d'un module sécuritaire dans le secteur de la santé mentale.

Tableau cumulatif de l'utilisation des mesures de contrôle (%)														
Unités de courte durée MCQ														
2018-2019														
Territoires	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	TOTAL
ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE	10,85	9,41	8,10	9,25	10,48	3,30	5,41	10,78	12,89	1,48	10,78	7,77	5,36	8,21%
DRUMMONDVILLE	1,16	1,60	2,24	0,78	2,36	2,58	2,93	0,00	0,00	0,82	1,37	0,65	0,00	1,19%
DE L'ÉNERGIE	1,64	2,85	2,82	1,24	1,21	1,27	1,57	2,59	1,53	1,92	1,19	1,51	1,36	1,74%
HAUT-SAINT-AURICE	0,00	0,00	21,62	0,00	0,00	0,00	0,00	3,23	18,18	0,00	0,00	0,00	0,00	2,96%
TROIS-RIVIÈRES	3,66	5,70	3,64	5,26	1,26	2,07	6,47	2,99	2,95	1,89	0,00	3,48	5,57	3,56%
CUMULATIF	3%	4%	4%	3%	3%	2%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2,97%

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

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

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
Soins et services dispensés 271 mesures	Organisation des soins et services / Propre à une ressource non institutionnelle	Faire respecter le champ d'expertise de l'infirmière auxiliaire relativement aux activités permises et celles réservées à une infirmière.
	Organisation des soins et services (systémique) / Propre à l'instance	Que des moyens soient mis en place afin de réduire les erreurs de retranscription des informations du formulaire papier à l'informatique.
	Continuité / Orientation inappropriée	Assurer la diffusion de la procédure aux intervenants susceptibles d'être touchés par les situations d'urgence obstétricales.
	Continuité / Arrêt de service	Convoquer une rencontre avec les responsables de la ressource afin de procéder à un retour sur cette situation dans le but de retenir, de part et d'autres, des leçons et de faire émerger des pistes d'amélioration en ce qui a trait aux mécanismes de collaboration et à la contribution de chacune des parties, et ce, pour le bénéfice des utilisateurs des services.
	Continuité / Congé ou fin de service prématuré	Faire une révision du document « critères de libération » afin de s'assurer de la vérification de l'orientation des usagers à leur départ.
	Continuité / Entre les quarts de travail	Dans le cadre du déploiement de l'AAPA, s'assurer de l'utilisation de l'outil Signes AINÉES, afin d'adapter l'évaluation infirmière aux particularités et aux besoins spécifiques de l'adulte âgé.
	Continuité / Coordination entre les services / Interne	Assurer la révision de ce dossier afin d'identifier et faire connaître les actions qui auraient pu être mises en place, afin d'offrir le service requis de soutien psychologique dans un contexte de mortinaissance.
	Continuité / Absence de suivi	Voir, avec l'intervenante concernée, à donner suite à la révision des plans d'intervention (PI) dans les meilleurs délais à la suite des mesures qui seront ordonnées.
	Continuité / Insuffisance de service ou de ressource	S'assurer que soit effectuée une révision du plan d'intervention interdisciplinaire de cet usager, afin de planifier, avec sa collaboration et celle de ses proches, l'offre de service répondant le mieux à ses besoins, consolider la coordination des divers intervenants et éviter toute rupture de service.
	Décision clinique / Choix de médication	Que le médecin qui a prescrit l'antibiotique soit avisé de cette erreur au même titre que l'infirmière, afin qu'il soit vigilant aux allergies des usagers pour ses prochaines prescriptions.
	Décision clinique / Évaluation et jugement professionnels	Révision des concepts de traumatologie pédiatrique avec les ambulanciers, afin de s'assurer qu'ils maîtrisent bien toutes les subtilités et les changements.
	Habiletés techniques et professionnelles	S'assurer que la résidence réponde aux normes et critères de certification et assure la sécurité des résidents en ce qui concerne : la distribution de médicaments, les rapports accidents-

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
		incidents.
Relations interpersonnelles 178 mesures	Communication / attitude / Autre	Offrir au personnel une formation sur l'approche-clientèle, afin de répondre aux conduites attendues du code d'éthique, soit de faire preuve de politesse, d'humanisme et de bienveillance envers l'utilisateur.
Droits particuliers 141 mesures	Choix de l'établissement / Hébergement / Temporaire	Qu'une réflexion soit faite concernant l'application de la Politique sur le transfert des usagers ayant un statut de niveau de soins alternatif ou ayant reçu son congé en concert avec les procédure et la Politique concernant la présence du proche aidant sur toutes les unités de soins de courte durée et les urgences, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une personne très âgée.
	Choix du professionnel	Améliorer les règles d'accessibilité dans le service d'ophtalmologie.
	Consentement / Libre et éclairé aux services	Rappeler au personnel l'obligation d'aviser immédiatement l'utilisateur s'il décide de quitter sans voir le médecin, il devra encourir les frais de son transport ambulancier.
	Assistance / accompagnement	À l'ensemble des intervenants (médecins, professionnels) : Prendre les mesures nécessaires afin de s'assurer de démystifier le droit à l'accompagnement ainsi que de toutes les modalités d'applications de ce droit (information à transmettre à l'utilisateur sur l'impact de ce droit sur la confidentialité). Aux usagers : l'informer de ce droit, des risques et conséquences associés à la présence d'un tiers et qu'ils soient en mesure de prendre une décision en toute connaissance de cause (consentement libre et éclairé).
	Droit de porter plainte / Conduite générale de l'examen par le commissaire	Procéder à un rappel du droit de l'utilisateur de porter plainte et de l'article 73 de la LSSSS sur l'interdiction de représailles.
Organisation du milieu et ressources matérielles 137 mesures	Alimentation / Qualité des aliments	Offrir des choix de menus sains pour la clientèle du centre de jour, en tenant compte de la politique alimentaire et des préférences des usagers.
	Organisation spatiale / Stationnement	S'assurer de fournir l'information sur les tarifs de stationnement à l'entrée de ceux-ci.
	Règles et procédures du milieu / Respect des règles	S'assurer que la personne, ayant commis le bris de confidentialité, soit sensibilisée à l'importance de déclarer le plus rapidement possible, tout accident/incident et que les attentes à cet égard lui soient rappelées.
	Sécurité et protection / Lieux / Fugue	Assurer le suivi pour la commande de bracelets anti-fugue. Faire une rencontre et un avis écrit au personnel pour rappeler de toujours vérifier si la personne peut sortir seule; S'assurer que le code d'accès des portes soit changé régulièrement; Rappeler la consigne aux visiteurs, résidents et employés de ne laisser passer personne.
Accessibilité 132 mesures	Délais / Temps réponse / Ambulance 911	S'assurer que l'adresse apparaisse sur la cartographie utilisée sur les tablettes des ambulanciers.
	Délais / Soins / services / programmes / Listes d'attentes	S'assurer que les usagers qui requièrent les services de la clinique de la douleur puissent obtenir les services de l'établissement selon leurs besoins; considérer toutes les installations si né-

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
		cessaires. Prendre les moyens nécessaires afin que les usagers reçoivent leur traitement dans le délai requis par leur condition de santé. S'assurer d'un partenariat avec la Direction des soins infirmiers afin de mieux encadrer et supporter la pratique professionnelle de l'infirmière en matière de la douleur chronique.
Aspect financier 64 mesures	Facturation / De soins et services	Un nouveau document a été élaboré pour présenter et faire signer par l'utilisateur ou aux familles, lors de la signature du bail, concernant l'offre de soins infirmiers avec le choix préconisé par la famille. Indiquer, dans le document d'accueil l'ensemble des services offerts par la résidence ainsi que leurs coûts.
	Processus de réclamation	S'assurer de contacter l'utilisateur pour lui fournir l'information sur le processus de réclamation et traiter sa demande de réclamation.

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

Suivi des recommandations du Protecteur du citoyen

La Loi prévoit un deuxième recours dans le traitement des plaintes des usagers, dans certains cas. Ainsi, au cours de l'année 2018-2019, 49 demandes ont été transmises au Protecteur du citoyen. Parmi celles-ci, aucune recommandation n'a été émise dans 17 rapports et 20 dossiers sont toujours en traitement. Voici les principales recommandations réparties selon les thématiques.

Recommandations reçues par dimension	
Qualité des soins et services	- S'assurer de la mise en place de plans d'intervention adaptés à la condition clinique des usagers. - Compléter la formation du personnel relativement aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) en milieu hospitalier et s'assurer que les ressources spécialisées en gestion des SCPD soient suffisantes pour soutenir les équipes. - Rappeler au personnel concerné de porter attention à la capacité et aux limites du proche aidant à occuper un rôle d'accompagnement et de soutien moral et affectif. - Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés de respecter les modalités d'application des mesures de contrôle. - Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés les conditions d'utilisation des demi-portes. - Rappeler au personnel infirmier les modalités en matière de prévention des chutes.
Manque de ressources	Rappeler aux intervenants en dépendance qu'ils disposent de 15 jours ouvrables pour évaluer les besoins des usagers à la suite d'une demande de service.
Sécurité	- Prendre les moyens nécessaires afin de sensibiliser les intervenants aux signes avant-coureurs d'idéations suicidaires, particulièrement dans le cas d'aveux de consommation, et faire l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires en cas de doute. - Rappeler aux intervenants certaines informations à consigner au dossier d'un usager.
Aspect financier	- S'assurer du suivi des mesures retenues pour assurer la protection des biens personnels des usagers et du remboursement des frais encourus par l'utilisateur selon le cas (lunettes, prothèses auditives et dentaires). - S'assurer que les usagers disposent des informations adéquates concernant la tarification d'une chambre privée lorsqu'elle devient médicalement requise. - Annuler une facture transmise à un usager.

Mesures mises en place

- Différentes mesures ont été prises en réponse aux recommandations du Protecteur du citoyen, notamment l'ajustement et la diffusion de procédures, des rappels faits aux intervenants et de la formation auprès du personnel.

Suivi des recommandations du coroner

Pour l'année 2018-2019, l'établissement a reçu sept rapports avec des recommandations adressées à l'établissement et un rapport à titre informatif sur un événement produit dans une autre région. De ceux-ci, quatre ont fait l'objet d'un suivi et trois sont en cours de traitement. Les recommandations visaient, entre autres, la révision de pratiques médicales et l'évaluation du continuum. Voici les principales recommandations et les suivis :

Recommandations s'adressant au CIUSSS MCQ	État d'avancement et mesures mises en place
Que le CIUSSS MCQ évalue les observations et les interventions de l'équipe de services sociaux ayant effectué le suivi de la famille.	Terminé Plan d'action élaboré et suivi effectué.
Que le Collège des médecins du Québec et le CIUSSS MCQ examinent la qualité de l'acte professionnel posé dans le dossier d'un usager décédé en cours de chirurgie.	Terminé Vérification du procès-verbal du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du CIUSSS MCQ qui indiquait qu'il s'agissait d'un cas de complication d'une chirurgie
Que le service de gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et des services du CIUSSS MCQ révise le dossier médical du patient afin d'évaluer si le suivi infirmier fut adéquat et conforme aux standards de la profession, particulièrement en ce qui concerne le relevé des prescriptions médicales et de leur mise en application lors de l'événement.	Terminé. Réception d'un avis clinique de la DSI indiquant que le suivi infirmier fut adéquat et conforme aux standards de la profession.
Que le rapport de décès d'un usager soit transmis au comité d'évaluation de l'acte médical du CIUSSS MCQ aux fins de révision, particulièrement en regard de la surveillance post-biopsie (ou des circonstances favorables ou non du congé donné à l'usager).	Terminé. Vérification du procès-verbal du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du CIUSSS MCQ qui indiquait que le congé a été donné de façon sécuritaire, de façon à respecter les normes standards de soins.
Que le Service de gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et des services du CIUSSS MCQ révise le dossier médical d'une usagère afin d'évaluer le continuum de soins qui lui fut offert, particulièrement en ce qui concerne les multiples changements de milieux et ses impacts sur la qualité et la continuité des soins, ainsi que sur ses répercussions sur l'état psychologique de la patiente. Que le comité de l'évaluation de l'acte médical du CIUSSS MCQ révise le dossier médical d'une usagère pendant son séjour en CHSLD afin de s'assurer du respect des normes de pratique et de la qualité des actes médicaux, en apportant une attention particulière à la transmission de l'information médicale entre les professionnels, à la prise en charge médicale à l'admission et à l'évaluation par le médecin de garde lors de la détérioration de la patiente.	En cours de réalisation
Que la Direction des soins infirmiers du CIUSSS MCQ et le comité de l'urgence de l'Hôpital concerné évaluent les soins médicaux prodigués au patient, ainsi que sa prise en charge à l'urgence afin d'apporter les correctifs nécessaires s'il y a lieu afin qu'une situation similaire ne se répète pas.	En cours de réalisation
Que les circonstances entourant le décès d'un usager tel que consigné au dossier médical fassent l'objet d'une étude approfondie du comité d'évaluation de l'acte médical de l'établissement de santé concerné et que les conclusions de cette étude de même que les mesures entreprises soient transmises à la	En cours de réalisation

direction hospitalière et que le Collège des médecins évalue la qualité des soins prodigués à l'utilisateur.	
Recommandations s'adressant à l'ensemble des établissements du Québec	État d'avancement et mesures mises en place
Que le MSSS prenne connaissance d'un rapport et le diffuse à l'ensemble des directions hospitalières afin qu'elles soient mises au fait des causes et circonstances d'un décès. Elles pourront par la suite s'assurer que chacune des directions des soins infirmiers réitère auprès du personnel soignant infirmier le caractère impératif et catégorique de l'application rigoureuse des protocoles déjà établis de surveillance après l'administration de narcotiques. <i>*Rapport reçu à titre informatif dans un objectif d'amélioration continue.</i>	En cours de réalisation

Suivi des recommandations d'autres instances

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

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

La mise sous garde (préventive, provisoire et autorisée) d'un usager pouvant être dangereux pour lui-même ou pour autrui en raison de son état mental est une mesure légale exceptionnelle utilisée pour contraindre une personne, en l'absence de son consentement, à rester sous surveillance dans une installation dotée des aménagements nécessaires. Cette mesure ne peut s'appliquer qu'en respect des lois applicables, en agissant en toute transparence vis-à-vis de l'utilisateur et en s'assurant de respecter les garanties légales et procédurales visant la protection ainsi que le respect des droits et recours de l'utilisateur. Voici les données pour 2018-2019 :

Gardes préventives, provisoires et autorisées 2018-2019 <i>Cumulatif par mission Centre hospitalier</i>	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	608
Nombre d'utilisateurs différents mis sous garde préventive**	558
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	84
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	67
Nombre d'utilisateurs différents mis sous garde provisoire**	68
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil et présentées au tribunal par l'établissement	104
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	92
Nombre d'utilisateurs différents mis sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	90
Nombre d'utilisateurs différents mis sous garde tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)**	612

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

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

5.5 L'information et la consultation de la population

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

Expérience usager

Plusieurs moyens pour évaluer l'expérience des usagers sont encouragés au CIUSSS MCQ. À cet effet, la plupart des directions cliniques ont réalisé des sondages afin d'évaluer l'expérience vécue par les usagers dans leurs services. De plus, les directions administratives sont devenues parties prenantes des améliorations à mettre en place au sein des directions cliniques. Par exemple, la Direction des services techniques (DST) a établi un plan d'action en fonction des résultats de sondages en CHSLD et des commentaires obtenus des usagers et de leurs proches. Des améliorations concrètes sont apportées à ces secteurs par des projets de rénovation, l'installation de système de climatisation, des changements au niveau de l'éclairage et des cloches d'appels, etc.

Voici également des exemples de modifications apportées suite aux sondages dans plusieurs secteurs de l'établissement :

- Information fournie à l'utilisateur sur le retour à domicile;
- Promotion de l'implication des proches aidants;
- Ajout dans l'offre de service en imagerie;
- Adaptation de l'offre alimentaire selon les indications de l'Association professionnelle des nutritionnistes experts en dysphagie (APNED);
- Hygiène des mains renforcée;
- Sensibilisation du personnel sur la confidentialité;
- Réaménagement de l'offre d'ateliers afin d'augmenter l'accès en soirée aux usagers.

Participation de l'utilisateur

Cette approche vise l'implication des usagers et de leurs proches à tous les niveaux de la gouvernance, mais également en tant que partenaires des soins et des services qui leur sont offerts. Cette année, plus de 71 demandes d'implication d'utilisateurs, réparties dans tout le territoire, ont été recensées. Merci aux utilisateurs qui se sont investis dans cette démarche! Leur participation a permis notamment une sensibilisation suite au témoignage de leurs parcours de soins et de services auprès des équipes, la révision de processus et l'amélioration de l'information remise aux utilisateurs.

Le CIUSSS MCQ participe activement à plusieurs projets de recherche impliquant la participation de l'utilisateur. Les résultats obtenus permettront d'évaluer l'impact de cette participation sur la qualité et la sécurité des soins et leur adaptation aux besoins de la population, particulièrement en oncologie, et en santé mentale. L'établissement a contribué à l'élaboration d'un guide pour « S'outiller pour mieux travailler en partenariat », en collaboration avec l'équipe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. De plus, trois utilisateurs-ressources participent au comité sur l'accessibilité au GMF-U à Trois-Rivières, soutenu par l'Université de Montréal. Finalement, à la suite d'un appel de candidature de projets de partenariat au MSSS, le projet de la direction DITSADP « Développement et actualisation d'une trajectoire de soutien résidentiel pour les jeunes adultes de 16 à 30 ans présentant un TSA avec la participation d'utilisateurs-ressources » a été retenu. Les travaux sont en cours.

Séances publiques d'information

Parce que la santé et les services sociaux, ce sont des sujets d'intérêt pour tous, nous avons partagé notre fierté des résultats accomplis à ce jour par nos équipes et échangé sur les enjeux qui préoccupent la population. La formule des séances publiques sous la thématique « J'asons santé services sociaux », où l'ouverture aux échanges est instaurée dès l'introduction et l'accent mis sur les gains et défis, s'est décuplée en huit rencontres en octobre et novembre 2018, soit une séance par RLS.

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

La Loi concernant les soins de fin de vie a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. Elle précise les droits de ces personnes en assurant que chacune ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité et adaptés à ses besoins pour prévenir et apaiser ses souffrances. La loi fait également mention des exigences particulières relatives à certains soins de fin de vie, notamment l'aide médicale à mourir, les directives médicales anticipées et la sédation palliative continue. Voici les données sur deux périodes :

Application de la Politique concernant les soins de fin de vie Période du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		CH	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018 Informations complémentaires : Source de donnée : CLINIBASE ou MEDI-PATIENT (selon l'installation) <u>Note</u> : Sont exclues les personnes en soins palliatifs et de fin de vie hors des lits dédiés SPFV.	376				376
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018 Informations complémentaires : Sources de données : CLINIBASE		518			518
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour la période du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018 Informations complémentaires : Source de données : I-CLSC			512		512
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs pour la période du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018 Informations complémentaires : Source de données : statistiques périodiques des maisons de soins palliatifs				122	122
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées Informations complémentaires : Source de données : Formulaire de consentement à la sédation palliative continue — AH-880 DT9231 (2015-12)	6	1	4	3	14
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées Informations complémentaires : Source de données : Formulaire de demande d'aide médicale à mourir — AH-881 DT9232 (2016-06)	6	1	11		18
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées Informations complémentaires : Source de données : Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1 — AH-882-2 DT9233 (2017-12) et Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 2 — AH-882-2 DT9223 (2017-12)	7	1	2		10

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		CH	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs Informations complémentaires : Source de données : <i>Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1— AH-882-2 DT9233 (2017-12)</i> Motifs : - 2 usagers ont volontairement retiré leur demande; - 2 usagers sont décédés avant l'AMM; - 1 usager ne répondait pas aux critères; - 2 usagers ont cessé de répondre aux critères au cours de l'évaluation (inaptitude à consentir); - 1 demande était en cours d'évaluation au 31 mars 2018.	2	1	5		8

Application de la Politique concernant les soins de fin de vie
Période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		CH	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 Informations complémentaires : Source de donnée : CLINIBASE ou MEDI-PATIENT (selon l'installation) <u>Note :</u> Sont exclues les personnes en soins palliatifs et de fin de vie hors des lits dédiés SPFV.	1035				1035
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 Informations complémentaires : Sources de données : CLINIBASE		978			978
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 Informations complémentaires : Source de données : I-CLSC			2281		2281
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 Informations complémentaires : Source de données : statistiques périodiques des maisons de soins palliatifs				478	478
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées Informations complémentaires : Source de données : <i>Formulaire de consentement à la sédation palliative continue — AH-880 DT9231 (2015-12)</i>	17	8	4	37	66

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		CH	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées Informations complémentaires : Source de données : <i>Formulaire de demande d'aide médicale à mourir — AH-881 DT9232 (2016-06)</i>	26	2	25	5	58 ³
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées Informations complémentaires : Source de données: <i>Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1— AH-882-2 DT9233 (2017-12)</i> et <i>Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir— Partie 2 — AH-882-2 DT9223 (2017-12)</i>	27	1	11	3	42
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs Informations complémentaires : Source de données : <i>Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1— AH-882-2 DT9233 (2017-12)</i> Motifs : - 3 usagers ont volontairement retiré leur demande; - 5 usagers sont décédés avant l'AMM; - 5 usagers ne répondaient pas aux critères; - 3 usagers ont cessé de répondre aux critères au cours de l'évaluation (inaptitude à consentir); - 1 autre motif (réf. : condition physique requise pour administration).	9	1	6	1	17 ⁴

³ Il est à noter qu'un dossier chevauche les 2 périodes de référence de reddition, c'est-à-dire que la demande a été réalisée en mars 2018 et administrée en avril 2018

⁴ Les données présentées sont celles comptabilisées par le CIUSSS MCQ pour la période du 1er avril au 30 novembre 2018; le système de déclaration entré en vigueur en novembre 2018 ne permet pas à l'établissement de recenser les AMM non-administrées.

7. Les ressources humaines

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

Comparatif annuel – avril à mars						
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	1 134 390	1 192	1 135 583	625	673
	2015-16	1 027 096	964	1 028 060	565	625
	2016-17	954 405	726	955 131	525	597
	2017-18	875 360	668	876 028	482	554
	2018-19	868 791	2 921	871 712	448	505
	Variation	(23,4 %)	145,1 %	(23,2 %)	(28,3 %)	(25,0 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	3 133 140	15 368	3 148 507	1 742	2 245
	2015-16	3 158 220	13 113	3 171 333	1 754	2 225
	2016-17	3 215 005	14 524	3 229 529	1 787	2 291
	2017-18	3 406 672	18 919	3 425 591	1 895	2 436
	2018-19	3 511 878	21 799	3 533 677	1 830	2 360
	Variation	12,1 %	41,8 %	12,2 %	5,1 %	5,1 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	6 961 372	236 102	7 197 474	3 746	5 040
	2015-16	6 940 978	210 074	7 151 052	3 739	4 987
	2016-17	6 953 830	243 670	7 197 500	3 740	4 983
	2017-18	7 086 590	325 489	7 412 079	3 807	5 007
	2018-19	7 305 442	375 042	7 680 484	5 031	5 339
	Variation	4,9 %	58,8 %	6,7 %	34,3 %	5,9 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	11 071 317	188 465	11 259 782	6 125	8 410
	2015-16	10 947 263	191 727	11 138 990	6 055	8 209
	2016-17	10 938 859	235 591	11 174 450	6 052	8 312
	2017-18	11 333 313	348 152	11 681 465	6 275	8 728
	2018-19	11 683 314	401 158	12 084 472	3 386	5 443
	Variation	5,5 %	112,9 %	7,3 %	(44,7 %)	(35,3 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	2 591 341	40 959	2 632 300	1 323	1 984
	2015-16	2 510 386	37 914	2 548 300	1 280	1 890
	2016-17	2 521 645	46 195	2 567 840	1 286	1 943
	2017-18	2 515 609	53 571	2 569 180	1 284	1 946
	2018-19	2 593 297	61 726	2 655 023	2 011	3 499
	Variation	0,1 %	50,7 %	0,9 %	52,0 %	76,4 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	35 714	80	35 793	20	123
	2015-16	32 484	51	32 534	18	107
	2016-17	25 201	95	25 296	14	79
	2017-18	21 338	112	21 450	12	81
	2018-19	26 258	75	26 333	14	92
	Variation	(26,5 %)	(6,3 %)	(26,4 %)	(30,0 %)	(25,2 %)

Comparatif annuel – avril à mars						
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
Total du personnel	2014-15	24 927 274	482 166	25 409 440	13 581	17 749
	2015-16	24 616 426	453 843	25 070 269	13 412	17 375
	2016-17	24 608 945	540 801	25 149 746	13 404	17 457
	2017-18	25 238 882	746 911	25 985 793	13 755	17 997
	2018-19	25 906 742	879 501	26 786 423	14 128	18 727
	Variation	3,9 %	82,4 %	5,7 %	4,0 %	5,5 %

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019 : 26 173 712
 Écart à la cible : 612 531
 Écart à la cible en % : 2,3 %

En 2017-2018, le CIUSSS MCQ a connu un écart de 612 531 heures (2,3 %) par rapport à la cible de 26 173 712. En conséquence, la cible d'effectifs fixée n'a pas été respectée.

Toutefois, certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par la ministre de la Santé et des Services sociaux.

La variation des heures rémunérées pour le CIUSSS MCQ découle également de la pénurie de main-d'œuvre qui, malgré une importante augmentation du nombre d'heures effectuées en temps supplémentaire, n'arrive pas à combler les quarts de travail. Les résultats démontrent également que le taux d'assurance salaire en hausse a un impact direct sur les heures rémunérées et sur les heures travaillées en temps supplémentaire. Finalement, pour la catégorie d'emploi « ouvrier, personnel d'entretien et de services », l'importante variation à la hausse s'explique par l'utilisation massive des aides de service dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et d'utilisation de plan de contingence.

8. Les ressources financières

8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Répartition des charges brutes par programme

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	23 914 608 \$	1,70%	24 933 612 \$	1,67 %	1 019 004 \$	1,22 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	67 161 302 \$	4,77 %	71 164 207 \$	4,77 %	4 002 905 \$	4,78 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	263 342 764 \$	18,70 %	282 829 791 \$	18,96 %	19 487 027 \$	23,28 %
Déficiences physique	44 866 232 \$	3,19 %	47 188 188 \$	3,16 %	2 321 956 \$	2,78 %
Déficiences intellectuelle et TSA	75 896 433 \$	5,39 %	80 822 203 \$	5,42 %	4 925 770 \$	5,88 %
Jeunes en difficulté	97 816 505 \$	6,94 %	108 944 944 \$	7,30 %	11 128 439 \$	13,29 %
Dépendances	11 178 621 \$	0,79 %	11 934 280 \$	0,80 %	755 659 \$	0,90 %
Santé mentale	75 378 881 \$	5,35 %	83 259 139 \$	5,58 %	7 880 258 \$	9,41 %
Santé physique	474 297 980 \$	33,68 %	498 121 266 \$	33,38 %	23 823 286 \$	28,46 %
Programmes-soutien						
Administration	88 139 934 \$	6,26 %	88 752 126 \$	5,95 %	612 192 \$	0,73 %
Soutien aux services	98 589 580 \$	7,00 %	103 062 278 \$	6,91 %	4 472 698 \$	5,34 %
Gestion des bâtiments et des équipements	87 742 160 \$	6,23 %	91 030 203 \$	6,10 %	3 288 043 \$	3,93 %
Total	1 408 325 000 \$	100,00 %	1 492 042 237 \$	100,00 %	83 717 237 \$	100,00 %

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

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

8.2 L'équilibre budgétaire

8.2.1 Rapport de la direction

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

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

La direction du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

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



Carol Fillion
Président-directeur général par intérim



Nancy Lemay
Directrice des ressources financières

Résultats financiers

Source : AS-471 – Page 270-00

Le CIUSSS MCQ termine l'exercice financier avec un déficit de 6 955 436 \$ composé d'un déficit au fonds d'exploitation de 5 637 635 \$ et d'un déficit de 1 317 801 \$ au fonds d'immobilisations. En réalisant un déficit, le CIUSSS MCQ contrevient à l'article 4 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*, qui mentionne que tout établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice.

Les principales causes du déficit sont :

Assurance salaire	(3 168 323) \$
Amortissement de certains projets	(1 317 801) \$
Ajustement dans le calcul du régime rétrospectif de la CNESST	(1 004 000) \$
Dépenses de médicaments	(676 891) \$
Autres éléments non détaillés	(788 421) \$
TOTAL	(6 955 436) \$

Mesures entreprises pour corriger la situation déficitaire

Le budget d'équité interrégionale de l'ordre de 12 M\$ à recevoir en 2019-2020 servira à corriger la situation financière de 2018-2019.

8.3 Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019

	Nombre	Valeur
Contrat de service avec une personne physique ⁵	179	51 063 959 \$
Contrat de service avec un contractant autre qu'une personne physique ⁶	301	128 154 295 \$
TOTAL des contrats de service	480	179 218 254 \$

⁵ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non

⁶ Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

9. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

État du suivi des réserves

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2018-19	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Significations des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire Colonne 5, 6 et 7 R : pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Contrat de location avec la SQI Comptabilisation des contrats de location d'immeubles avec la SQI à titre de contrats location-exploitation au lieu de contrats location-acquisition.	2010-2011 à 2018-2019	R	Aucune mesure, car directive du MSSS.			NR
Rapport d'assurance raisonnable du professionnel en exercice indépendant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Approbation des rapports périodiques: Certains rapports périodiques d'unités de mesure n'étaient pas approuvés par un supérieur.	2016-2017 à 2018-2019	C			PR	
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Question 7 Déficiences dans les contrôles internes Voir détail dans la section "rapport à la gouvernance"	2014-2015 à 2018-2019	C			PR	
Question 8 Anomalies significatives non corrigées Séparation des périodes des comptes à payer (voir page 122-00)	2016-2017 2017-2018	C		R		
Question 13 Activités accessoires de type commercial La politique de gestion des stationnements n'est pas mise en place dans toutes les installations (circulaire 03.01.10.12).	2016-2017 à 2018-2019	O	La programmation des équipements pour les 18 installations a été ajustée selon la tarification demandée au 31 mars 2017. Il reste à finaliser les modalités de transfert pour que les billets puissent être utilisés d'une installation à une autre (développement en cours).		PR	
Rapport à la gouvernance						
Gestion des accès informatiques Lacunes au niveau de la gestion des accès informatiques (ajout, suivi et suppression d'accès, ségrégation des tâches).	2016-2017 à 2018-2019	C	Un suivi du plan « Processus de gestion des privilèges d'accès » sera réalisé au cours du prochain exercice.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2018-19	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
<u>Politiques et processus</u> Certaines politiques, contrôles internes et processus ne sont pas tous uniformisés.	2016-2017 et 2017-2018	C		R		
<u>Obligations contractuelles</u> Certains écarts ont été trouvés dans les obligations contractuelles. La direction a apporté les corrections nécessaires aux pages 635-00 et 635-01.	2018-2019	O	En vue d'améliorer la précision des obligations contractuelles reliées aux contrats d'approvisionnement, un processus sera élaboré en vue de préciser les différentes hypothèses devant servir pour estimer la valeur des contrats ainsi que l'ordre dans lequel ces dernières doivent être utilisées. De plus, un suivi plus constant sera mis en place en cours d'année entre le secteur de l'approvisionnement et le secteur des finances afin de s'assurer de répertorier l'ensemble des nouveaux contrats et de faire un suivi du renouvellement et de toute modification aux contrats déjà en place.		PR	

Source : AS-471 – Page 140-00

10. Divulcation des actes répréhensibles

Le 1^{er} mai 2017, la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics (R.L.R.Q., c. D-11.1) est entrée en vigueur. Cette loi a pour objet de faciliter la divulgation dans l'intérêt public d'actes répréhensibles commis ou sur le point d'être commis à l'égard des organismes publics et d'établir un régime général de protection contre les représailles.

En tant qu'établissement visé par cette loi, le CIUSSS MCQ a adopté le 15 mai 2018 le Règlement sur la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard du CIUSSS MCQ et protection contre les représailles (RG-01-008), entré en vigueur le 1^{er} juin 2018. La responsable du suivi des divulgations est chargée de recevoir les divulgations provenant des membres du personnel, de vérifier si un acte répréhensible a été commis ou est sur le point de l'être et, le cas échéant, de faire rapport au PDG.

L'été et l'automne 2018 ont été consacrés à diffuser et faire connaître le mécanisme de divulgation auprès des employés et des différents groupes et instances. Notons également qu'une adresse courriel ainsi qu'une ligne téléphonique ont été mises en place pour faciliter la divulgation d'actes répréhensibles auprès de la responsable.

En 2018-2019, la responsable du suivi des divulgations a reçu sept divulgations. Une seule de ces divulgations respectait les conditions de recevabilité. Toutes les personnes à l'origine des divulgations jugées non recevables ont été réorientées vers les instances pertinentes.

Voici, sous forme de tableau, les statistiques de divulgation enregistrées du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 :

Divulcation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations ⁷	7	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ⁸	Sans objet	7	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		6	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet	0	0
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		1	0
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		0	0
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		0	0
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement		0	0
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	0

⁷ Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

⁸ Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.

Divulgence d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations	Sans objet	0	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés		Sans objet	0
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ⁹	0	0	0

⁹ Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.

11. Organismes communautaires

Le CIUSSS MCQ reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Par le PSOC, le CIUSSS MCQ alloue près de 45 millions de dollars à ces organismes à titre de soutien financier complémentaire à la contribution de la communauté. Deux autres objectifs sont traduits dans les actions portées, soit reconnaître et promouvoir l'action des organismes communautaires et leur offrir le soutien et l'information nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)

La reconnaissance

La Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec balise l'analyse des demandes de reconnaissance. La politique détermine clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, énonce les caractéristiques définissant un organisme communautaire et introduit la notion de non-dédoulement des organismes sur un même territoire. La reconnaissance comme organisme communautaire est préalable à l'obtention d'un soutien financier en mission globale du PSOC.

En 2018-2019, aucune nouvelle ressource n'a obtenu sa reconnaissance à titre d'organisme communautaire du domaine de la santé et des services sociaux. En effet, le processus de reconnaissance a été suspendu le temps que le MSSS procède à l'adoption des nouvelles orientations du PSOC. De plus, un processus de fusion a été complété, un organisme est dorénavant financé uniquement en entente pour activités spécifiques conformément à la consigne du MSSS pour ce secteur d'activités et un organisme a perdu sa reconnaissance dans le cadre d'un suivi particulier conformément à la Convention de soutien financier 2015-2018 dans le cadre du financement en soutien à la mission globale des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux.

Au 31 mars 2019, le CIUSSS MCQ reconnaît donc 246 ressources à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Le soutien financier

Le Programme de soutien aux organismes communautaires comprend trois modes de financement :

1. Le financement à la mission globale;
2. Le financement pour activités spécifiques;
3. Le financement ponctuel.

Les sommes dédiées aux organismes communautaires ont été attribuées en conformité avec les exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), les balises du PSOC, les orientations ministérielles et régionales, le *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec* et les conventions de soutien financier.

Compte tenu des difficultés rencontrées par certains organismes à se conformer aux critères du Programme de soutien aux organismes communautaires, plus d'une vingtaine d'entre eux ont fait l'objet d'un suivi particulier au cours de la dernière année.

Constats

Durant l'année financière 2018-2019, le PSOC a octroyé du financement à 218 organismes en mission globale. Un seul organisme est reconnu, mais ne reçoit pas de financement parce qu'il est en dédoublement avec un autre

organisme déjà financé ayant une mission similaire et situé sur le même territoire. De plus, 27 organismes ont été financés uniquement pour des activités spécifiques. Ce sont donc 245 organismes communautaires qui ont été soutenus financièrement.

Nombre d'organismes financés par catégorie	
Déficiência intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme	10
Déficiência intellectuelle	7
Trouble du spectre de l'autisme	3
Déficiência physique	26
Déficiência physique	12
Déficiences multiples	14
Dépendances	13
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	9
Hébergement mixte	4
Jeunes en difficulté	57
Organismes de justice alternative	7
Maisons des jeunes	34
Autres ressources jeunesse	14
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	25
Maintien à domicile	10
Centres d'action bénévole	15
Santé mentale	25
Santé mentale	25
Santé physique	16
Santé physique	12
Cancer	1
Maisons agréées de soins palliatifs	3
Santé publique	46
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	19
Personnes démunies	24
VIH/Sida	3
Services généraux, activités cliniques et d'aide	27
Orientation et identité sexuelle	2
Concertation et consultation générale	1
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	7
Centres de femmes	7
Autres ressources pour femmes	1
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	4
Autres ressources pour hommes	5
Total	245
Organismes financés exclusivement pour des activités spécifiques	27
Organismes financés en mission globale au PSOC	218

Depuis la création du CIUSSS MCQ, des travaux de recension des subventions accordées aux organismes communautaires sont effectués afin de s'assurer que l'établissement soutienne les organismes communautaires avec les modalités les mieux adaptées, dans un souci de cohérence et d'équité régionale. Au cours de l'année 2018-2019, trois ententes de financement en provenance des directions de programme du CIUSSS MCQ, d'un montant totalisant 168 032 \$, ont été ajoutées au financement du PSOC. Deux ont été imputées aux activités spécifiques et une en soutien à la mission globale.

L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires

Le PSOC apporte un soutien financier à la mission globale à 218 organismes communautaires répartis dans 26 catégories. On estime à plus de 31 000 personnes impliquées dans la réalisation de la mission de ces ressources. Ces individus, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, permettent la réalisation d'activités diversifiées, dont :

- l'accueil, l'écoute, l'évaluation, le soutien, l'aide, l'accompagnement et la référence;
- la mise en place et l'animation de groupes d'entraide;
- l'aide directe à la population (banques alimentaires, prêts de matériel, comptoirs vestimentaires);
- la réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques (prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements);
- le soutien à la réinsertion sociale;
- l'hébergement pour différents groupes de la population (femmes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes alcooliques ou toxicomanes, personnes atteintes du sida ou de la maladie d'Alzheimer, personnes itinérantes).

Évolution du budget alloué aux organismes communautaires	2017-2018		2018-2019	
Mission globale	36 627 739 \$	86 %	38 717 395 \$	87 %
Activités spécifiques	5 727 849 \$	14 %	5 971 180 \$	13 %
TOTAL	42 355 588 \$	100 %	44 688 575 \$	100 %

Les principaux investissements récurrents réalisés dans ce programme durant l'année sont les suivants :

- des crédits ministériels de 1 199 600 \$ ont été répartis en soutien à la mission globale de 73 organismes communautaires;
- une indexation de 1,6 %, totalisant 686 604 \$, a été octroyée aux organismes financés au PSOC;
- 134 894 \$ ont été répartis entre trois maisons de soins palliatifs. Chacune des maisons de soins palliatifs du Québec reçoit dorénavant un financement équivalent, en fonction du nombre de places disponibles;
- des crédits supplémentaires de 100 000 \$ ont été distribués à deux centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) dont le financement était inférieur aux autres.

De plus, certains réaménagements budgétaires ont permis les allocations non récurrentes suivantes :

- 40 604 \$ alloués à la Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux pour défrayer les coûts inhérents à la réalisation des activités du Programme régional de formation dédié aux organismes communautaires;
- 20 460 \$ répartis entre sept organismes pour soutenir les coûts additionnels engendrés suite à la relocalisation des organismes évacués d'urgence des locaux du centre communautaire de Louiseville;
- 6 000 \$ alloués à deux organismes communautaires afin de soutenir leur processus de fusion;
- 61 163 \$ octroyés à un centre de prévention du suicide pour l'implantation des services sur les territoires du Centre-de-la-Mauricie, de Mékinac et du Haut-Saint-Maurice.

Normes de gestion

Le CIUSSS MCQ confirme le respect des règles et des normes édictées par le MSSS au regard de la gestion des subventions versées dans le cadre du PSOC. La conformité aux critères d'admissibilité et d'analyse du programme est vérifiée annuellement pour chacun des organismes subventionnés. Les organismes présentant des problèmes de conformité à l'un ou l'autre des critères font l'objet d'un suivi particulier selon la procédure établie dans la Convention

de soutien financier dans le cadre du financement à la mission globale des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux.

Annuellement, tous les organismes communautaires reconnus ou financés au PSOC transmettent au CIUSSS MCQ un formulaire de demande financière pour chacune de leurs ententes. Pour le financement à la mission globale, l'organisme complète le formulaire harmonisé rédigé par le MSSS. Tous les formulaires sont analysés. De plus, 90 jours après la fin de leur année financière tous les organismes transmettent leur reddition de comptes qui doit inclure l'ensemble des éléments prévus dans le document du MSSS : La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale: Programme de soutien aux organismes communautaires. Celle-ci est analysée.

Après chacun des processus (demande de subvention et reddition de comptes) une rétroaction écrite est transmise au président du conseil d'administration à la coordination-direction de l'organisme et des attentes sont signifiées, le cas échéant.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2017-2018	Subvention PSOC 2018-2019	Variation**
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME			
Déficience intellectuelle			
Arche Mauricie inc.	399 058 \$	405 443 \$	2 %
Association des personnes déficientes intellectuelles / Bécancour – Nicolet-Yamaska	163 020 \$	165 628 \$	2 %
Association pour la déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Centre-Mauricie/Mékinac	256 785 \$	260 894 \$	2 %
L'association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs) ¹⁰	91 885 \$	96 855 \$	5 %
Parrainage civique des Bois-Francs inc. ¹¹	76 720 \$	85 571 \$	12 %
Parrainage civique Drummond inc.	96 290 \$	97 831 \$	2 %
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	86 164 \$	87 543 \$	2 %
	1 169 922 \$	1 199 765 \$	3 %
Trouble du spectre de l'autisme			
Autisme – Centre-du-Québec. ¹²	72 876 \$	97 627 \$	34 %
Autisme Mauricie	131 658 \$	133 765 \$	2 %
Les horizons ouverts	189 270 \$	192 298 \$	2 %
	393 804 \$	423 690 \$	8 %
DÉFICIENCE PHYSIQUE			
Déficience physique			
Association de la surdité du Centre-du-Québec	7 559 \$	7 680 \$	2 %
Association de paralysie cérébrale région Mauricie et Centre-du-Québec ¹³	74 217 \$	102 267 \$	38 %
Association des personnes handicapées de Drummond inc. ¹⁴	79 600 \$	85 874 \$	8 %
Association des personnes malentendantes de la Mauricie ¹⁵	70 288 \$	94 129 \$	34 %

¹⁰ Une entente de financement en provenance d'une direction de programme a été ajoutée au financement PSOC de l'organisme.

¹¹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

¹² Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019 et du rapatriement d'une entente de financement en provenance d'une direction de programme.

¹³ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019 jusqu'à l'équivalent du montant demandé.

¹⁴ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

¹⁵ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2017-2018	Subvention PSOC 2018-2019	Variation**
Association des personnes malentendantes des Bois-Francis ¹⁶	79 600 \$	85 874 \$	8 %
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie-Centre-du-Québec inc. ¹⁷	95 520 \$	102 686 \$	8 %
Association éducative et récréative des aveugles ¹⁸	60 420 \$	80 000 \$	8 %
Association québécoise de la dysphasie, Mauricie et Centre-du-Québec ¹⁹	25 000 \$	80 000 \$	220 %
Coup de main Mauricie ²⁰	118 289 \$	152 109 \$	29 %
H.S.I. Handicaps soleil inc. ²¹	80 015 \$	86 295 \$	8 %
Handicap action autonomie Bois-Francis ²²	92 747 \$	100 000 \$	8 %
L'Autre Fabrik inc.	255 986 \$	260 082 \$	2 %
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie ²³	11 052 \$	0 \$	0 %
	1 050 293 \$	1 236 996 \$	18 %
Déficiences multiples			
« La source » Association des personnes handicapées du Haut-Saint-Maurice inc.	85 906 \$	87 280 \$	2 %
APEVAH des Chenaux ²⁴	79 600 \$	100 000 \$	26 %
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc. ²⁵	84 443 \$	100 000 \$	18 %
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc. ²⁶	107 171 \$	135 000 \$	26 %
Association des parents d'enfants handicapés de Drummond inc. (APEHD)	84 737 \$	86 093 \$	2 %
Association des personnes handicapées actives de Mékinac	87 376 \$	88 774 \$	2 %
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour ²⁷	107 460 \$	115 522 \$	8 %
Association des personnes handicapées de l'Érable inc.	89 893 \$	91 331 \$	2 %
Association des personnes handicapées de Nicolet-Yamaska	121 294 \$	123 235 \$	2 %
Centre de répit Normand-Léveillé ²⁸	67 846 \$	150 000 \$	121 %
Centre de stimulation l'Envol ²⁹	111 458 \$	135 000 \$	21 %
L'Amis-temps des Bois-Francis	227 010 \$	230 642 \$	2 %
L'association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc. ³⁰	81 467 \$	94 270 \$	16 %
L'Évasion, service de gardiennage et de répit	241 104 \$	244 962 \$	2 %
	1 576 765 \$	1 782 109 \$	13 %
DÉPENDANCES			
Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances			
Action toxicomanie ³¹	100 031 \$	203 934 \$	104 %

¹⁶ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

¹⁷ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

¹⁸ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019 jusqu'à l'équivalent du montant demandé.

¹⁹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

²⁰ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

²¹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

²² Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

²³ Organisme ayant perdu sa reconnaissance et son financement en 2018-2019.

²⁴ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

²⁵ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

²⁶ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

²⁷ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

²⁸ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

²⁹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

³⁰ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement et d'un financement non récurrent pour une relocalisation d'urgence en 2018-2019.

³¹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019 pour ajouter le territoire de la Mauricie à son offre de service.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2017-2018	Subvention PSOC 2018-2019	Variation**
Centre Adrienne-Roy Shawinigan inc.	100 504 \$	102 112 \$	2 %
Centre d'entraide Aux rayons du soleil inc. ³²	63 898 \$	85 571 \$	34 %
Centre l'Étape du bassin de Maskinongé inc.	91 269 \$	92 729 \$	2 %
La relance Nicolet-Bécancour inc.	91 269 \$	92 729 \$	2 %
Le Grand Chemin inc.	519 668 \$	528 057 \$	2 %
Maison Carignan inc. ³³	270 927 \$	300 262 \$	11 %
Pavillon de l'Assuétude ³⁴	522 449 \$	567 022 \$	9 %
Unité Domrémy de Plessisville inc. ³⁵	107 460 \$	115 522 \$	8 %
	1 867 475 \$	2 087 938 \$	12 %
Hébergement mixte			
Centre Le Havre de Trois-Rivières inc.	621 476 \$	631 420 \$	2 %
Centre Roland-Bertrand	664 303 \$	674 940 \$	2 %
Ensoleilvent	381 671 \$	391 196 \$	2 %
Maison de transition de la Batiscan	391 351 \$	397 613 \$	2 %
	2 058 801 \$	2 096 169 \$	2 %
JEUNES EN DIFFICULTÉ			
Organismes de justice alternative			
Aux trois pivots	484 012 \$	491 756 \$	2 %
Avenues citoyennes-organisme de justice alternative	147 704 \$	150 067 \$	2 %
Commun accord-organisme de justice alternative	212 938 \$	216 345 \$	2 %
L'Alter Égaux-organisme de justice alternative	88 192 \$	89 603 \$	2 %
Organisme de justice alternative Volteface	266 541 \$	270 806 \$	2 %
Pacte Bois-Francs inc.	214 627 \$	218 061 \$	2 %
Ressources alternatives Maskinongé ³⁶	91 495 \$	94 556 \$	3 %
	1 505 509 \$	1 531 194 \$	2 %
Maisons des jeunes			
« L'Eau-Vent » (maison de jeunes) ³⁷	108 781 \$	115 522 \$	6 %
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	121 141 \$	123 079 \$	2 %
Carrefour jeunesse de Shawinigan (Maison des jeunes de Shawinigan)	118 021 \$	119 909 \$	2 %
Défi-jeunesse du Haut-Saint-Maurice inc.	116 829 \$	118 698 \$	2 %
La corporation de la maison des jeunes « Action-jeunesse » inc. ³⁸	108 781 \$	115 522 \$	6 %
La Fréquence inc.	121 796 \$	123 745 \$	2 %
La maison des jeunes « Au bout du monde » de St-Paulin ³⁹	108 096 \$	115 522 \$	7 %
La maison des jeunes L'escale jeunesse-La piaule ⁴⁰	107 460 \$	115 522 \$	8 %

³² Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

³³ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

³⁴ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

³⁵ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

³⁶ Organisme ayant bénéficié d'un financement non récurrent pour une relocalisation d'urgence en 2018-2019.

³⁷ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

³⁸ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

³⁹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁴⁰ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2017-2018	Subvention PSOC 2018-2019	Variation**
La maison des jeunes Au cœur des montagnes ⁴¹	107 460 \$	115 522 \$	8 %
La maison des jeunes de Plessisville inc.	115 329 \$	117 174 \$	2 %
La traversée 12-18 ans inc. ⁴²	119 085 \$	117 612 \$	-1 %
L'accueil jeunesse Grand'Mère inc.	118 021 \$	119 786 \$	2 %
L'association des groupes de jeunes des Hauts-Reliefs ⁴³	107 460 \$	115 522 \$	8 %
Local action jeunes ⁴⁴	107 460 \$	115 522 \$	8 %
Maison de jeunes Le Transit ⁴⁵	107 460 \$	115 522 \$	8 %
Maison des jeunes L'éveil jeunesse de Louiseville inc.	115 106 \$	116 948 \$	2 %
Maison des jeunes « La destination 12-17 » inc.	129 732 \$	131 808 \$	2 %
Maison des jeunes « Le chakado » ⁴⁶	107 460 \$	115 522 \$	8 %
Maison des jeunes de Bécancour ⁴⁷	79 600 \$	85 874 \$	8 %
Maison des jeunes de Drummondville	121 141 \$	123 079 \$	2 %
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban l'Index ⁴⁸	88 660 \$	115 522 \$	30 %
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond ⁴⁹	107 460 \$	115 522 \$	8 %
Maison des jeunes de Saint-Cyrille de Wendover	107 460 \$	109 179 \$	2 %
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-des-Saults ⁵⁰	77 481 \$	85 571 \$	10 %
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud ⁵¹	107 460 \$	115 522 \$	8 %
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc. ⁵²	79 600 \$	85 874 \$	11 %
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain ⁵³	107 460 \$	115 522 \$	8 %
Maison des jeunes de St-Germain ⁵⁴	96 578 \$	115 522 \$	20 %
Maison des jeunes de Wickham ⁵⁵	107 460 \$	115 522 \$	8 %
Maison des jeunes du Bas St-François ⁵⁶	87 700 \$	115 522 \$	32 %
Maison des jeunes La forteresse ⁵⁷	107 460 \$	115 522 \$	8 %
Partenaires 12-18 / Érable	86 498 \$	87 882 \$	2 %
Partenaires action jeunesse Mékinac	70 650 \$	71 780 \$	2 %
Trait d'union de Victoriaville	124 272 \$	126 260 \$	2 %
	3 602 418 \$	3 828 132 \$	8 %
Autres ressources jeunesse			
Autonomie Jeunesse inc. ⁵⁸	0 \$	161 032 \$	- %

⁴¹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁴² Organisme ayant reçu du financement non récurrent en 2017-2018.

⁴³ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁴⁴ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁴⁵ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁴⁶ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁴⁷ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁴⁸ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁴⁹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁵⁰ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁵¹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁵² Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁵³ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁵⁴ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁵⁵ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁵⁶ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁵⁷ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁵⁸ Organisme ayant fait l'objet d'un transfert d'entente spécifique en provenance d'une direction de programme.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2017-2018	Subvention PSOC 2018-2019	Variation**
Centre social et récréatif St-Sacrement	16 620 \$	16 886 \$	2 %
Espace Centre-du-Québec	138 673 \$	140 892 \$	2 %
Espace Mauricie	148 750 \$	151 130 \$	2 %
Gentilly Transit jeunesse ⁵⁹	79 600 \$	85 874 \$	8 %
Grands frères et grandes sœurs de Trois-Rivières ⁶⁰	79 600 \$	85 874 \$	8 %
LaRue Bécancour inc.	96 154 \$	97 692 \$	2 %
Le refuge La Piaule du Centre du Québec inc.	185 609 \$	189 475 \$	2 %
Le TRASH – Travail de rue à Shawinigan	79 600 \$	80 874 \$	2 %
Maison Marie Rivier de Drummondville inc. ⁶¹	84 005 \$	115 522 \$	38 %
Point de Rue de Trois-Rivières & Nicolet-Yamaska ⁶²	319 243 \$	317 980 \$	- 1 %
Répit jeunesse ⁶³	99 943 \$	135 000 \$	35 %
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé ⁶⁴	96 154 \$	98 842 \$	3 %
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	95 675 \$	97 206 \$	2 %
	1 519 626 \$	1 774 279 \$	17 %
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse			
Maison Habit-action de Drummondville inc.	433 216 \$	440 147 \$	2 %
Maison Raymond Roy	425 947 \$	432 762 \$	2 %
	859 163 \$	872 909 \$	2 %
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES			
Maintien à domicile			
Association des aidants naturels du bassin de Maskinongé « Mains tendres »	103 853 \$	105 515 \$	2 %
Association des personnes aidantes de la Vallée-de-la-Batiscan	103 853 \$	105 515 \$	2 %
Association des personnes proches aidantes de Bécancour – Nicolet-Yamaska	103 855 \$	105 517 \$	2 %
Association des personnes proches aidantes Drummond	103 855 \$	105 517 \$	2 %
Association des proches aidants Arthabaska-Érable	103 855 \$	105 517 \$	2 %
Carpe Diem – Centre de ressources Alzheimer	731 004 \$	742 700 \$	2 %
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	103 853 \$	105 515 \$	2 %
Services René-Verrier	207 708 \$	211 031 \$	2 %
Société Alzheimer du Centre-du-Québec ⁶⁵	428 864 \$	481 735 \$	12 %
Soutien à domicile des Chenaux ⁶⁶	22 000 \$	22 000 \$	0 %
	2 012 700 \$	2 090 562 \$	4 %
Centres d'action bénévole (CAB)			
Carrefour d'action bénévole du Haut-Saint-Maurice	160 782 \$	163 355 \$	2 %
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francis	388 340 \$	394 553 \$	2 %

⁵⁹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁶⁰ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁶¹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁶² Organisme ayant fait l'objet d'un financement non récurrent 2017-2018.

⁶³ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁶⁴ Organisme ayant bénéficié d'un financement non récurrent pour une relocalisation d'urgence en 2018-2019.

⁶⁵ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁶⁶ Organisme n'ayant pas demandé de rehaussement financier en 2018-2019.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2017-2018	Subvention PSOC 2018-2019	Variation**
Centre d'action bénévole de Grand'Mère inc.	215 724 \$	219 176 \$	2 %
Centre d'action bénévole de la MRC de Bécancour	257 455 \$	261 574 \$	2 %
Centre d'action bénévole de la Moraine	152 408 \$	154 847 \$	2 %
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé ⁶⁷	199 650 \$	207 157 \$	4 %
Centre d'action bénévole de l'Érable	176 359 \$	179 181 \$	2 %
Centre d'action bénévole de Nicolet inc. ⁶⁸	170 130 \$	180 852 \$	6 %
Centre d'action bénévole des Riverains	152 408 \$	154 847 \$	2 %
Centre d'action bénévole Drummond inc.	434 489 \$	441 441 \$	2 %
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	161 930 \$	164 521 \$	2 %
Centre d'action bénévole du Rivage	234 746 \$	238 502 \$	2 %
Centre d'action bénévole Laviolette	420 395 \$	427 121 \$	2 %
Centre d'action bénévole Mékinac	163 556 \$	166 173 \$	2 %
Le centre d'action bénévole Trait d'Union	303 922 \$	308 785 \$	2 %
	3 592 294 \$	3 662 085 \$	2 %
SANTÉ MENTALE			
Santé mentale			
Association des proches de la personne atteinte de maladie mentale - Drummond	186 463 \$	189 446 \$	2 %
Association Le P.A.S.	184 138 \$	187 085 \$	2 %
Centre de prévention suicide Accalmie ⁶⁹	845 617 \$	853 137 \$	1 %
Centre de prévention suicide Arthabaska-Érable inc.	182 442 \$	185 361 \$	2 %
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond ⁷⁰	172 948 \$	185 956 \$	8 %
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie, Mékinac, inc. ⁷¹	81 054 \$	0 \$	0 %
Groupe d'entraide « L'entraîn »	196 661 \$	199 808 \$	2 %
Groupe d'entraide Facile d'accès	143 771 \$	146 071 \$	2 %
Groupe d'entraide La Lanterne	230 806 \$	234 499 \$	2 %
La chrysalide Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	388 743 \$	394 963 \$	2 %
La maison Le Réverbère inc.	418 306 \$	424 999 \$	2 %
La passerelle, Association de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale de Bécancour – Nicolet-Yamaska	141 679 \$	143 946 \$	2 %
La Traverse du sentier	181 840 \$	184 749 \$	2 %
L'Avenue Libre du Bassin de Maskinongé inc.	151 827 \$	154 256 \$	2 %
Le Gyroscope du Bassin de Maskinongé ⁷²	122 690 \$	127 039 \$	4 %

⁶⁷ Organisme ayant bénéficié d'un financement non récurrent pour une relocalisation d'urgence en 2018-2019.

⁶⁸ Organisme ayant fait l'objet d'un financement ponctuel en 2018-2019.

⁶⁹ Organisme ayant reçu des financements ponctuels en 2017-2018 et 2018-2019.

⁷⁰ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁷¹ Organisme ayant perdu sa reconnaissance et son financement en 2018-2019.

⁷² Organisme ayant bénéficié d'un financement non récurrent pour une relocalisation d'urgence en 2018-2019.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2017-2018	Subvention PSOC 2018-2019	Variation**
Le Périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM) ⁷³	144 895 \$	224 980 \$	55 %
Le Phénix, ECJ, Centre Mauricie/Mékinac	187 407 \$	190 406 \$	2 %
Le Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	70 569 \$	71 698 \$	2 %
Le Traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	244 024 \$	247 929 \$	2 %
Les Parents Partenaires inc.	131 664 \$	133 771 \$	2 %
Pivot Centre-Du-Québec	243 406 \$	247 300 \$	2 %
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	107 416 \$	109 135 \$	2 %
Réseau d'aide le Tremplin inc.	610 720 \$	620 492 \$	2 %
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	528 412 \$	536 867 \$	2 %
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	223 291 \$	226 686 \$	2 %
TDA/H Mauricie Centre-du-Québec ⁷⁴	80 357 \$	102 686 \$	28 %
	6 201 146 \$	6 323 443 \$	2 %
SANTÉ PHYSIQUE			
Santé physique			
Albatros Centre-Mauricie ⁷⁵	25 000 \$	85 274 \$	241 %
Association de la fibromyalgie Mauricie / Centre-du-Québec ⁷⁶	95 520 \$	102 686 \$	8 %
Association des cardiaques de la Mauricie inc. ⁷⁷	69 523 \$	94 129 \$	35 %
Association des personnes aphasiques de la Mauricie et du Centre-du-Québec ⁷⁸	87 560 \$	105 000 \$	20 %
Association des traumatisés crânio-cérébraux, Mauricie/Centre-du-Québec ⁷⁹	107 460 \$	106 500 \$	-1 %
Diabète Bois-Francs ⁸⁰	79 600 \$	85 874 \$	8 %
Épilepsie Mauricie Centre du Québec	95 543 \$	97 072 \$	2 %
Hépatites ressources	113 408 \$	115 223 \$	2 %
La fondation des traumatisés cranio-cérébraux Mauricie Bois-Francs inc.	58 952 \$	59 895 \$	2 %
Parkinson Centre-du-Québec Mauricie inc. ⁸¹	95 520 \$	102 686 \$	11 %
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Centre-du-Québec	69 926 \$	71 045 \$	2 %
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Mauricie	87 560 \$	88 961 \$	2 %
	985 572 \$	1 114 345 \$	13 %
Cancer			
Le ruban rose ⁸²	79 600 \$	85 874 \$	8 %
	79 600 \$	85 874 \$	8 %
Maisons agréées de soins palliatifs			

⁷³ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁷⁴ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁷⁵ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁷⁶ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁷⁷ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁷⁸ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019 pour la desserte du Centre-du-Québec.

⁷⁹ Organisme n'ayant pas demandé de rehaussement financier en 2018-2019.

⁸⁰ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁸¹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁸² Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2017-2018	Subvention PSOC 2018-2019	Variation**
Maison Albatros Trois-Rivières inc. ⁸³	445 094 \$	459 045 \$	3 %
Maison Marie Pagé ⁸⁴	308 142 \$	380 126 \$	23 %
Maison René-Verrier ⁸⁵	692 977 \$	765 075 \$	10 %
	1 446 213 \$	1 604 246 \$	11 %
SANTÉ PUBLIQUE			
Contraception, allaitement, périnatalité, famille			
Allaitement-soleil ⁸⁶	79 600 \$	85 874 \$	8 %
Association des familles monoparentales ou recomposées La source ⁸⁷	23 470 \$	48 870 \$	108 %
Association Parents-ressources des Bois-Francis	18 863 \$	19 165 \$	2 %
Carrefour familial de Manseau (CFM)	2 518 \$	2 558 \$	2 %
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc. ⁸⁸	112 460 \$	120 602 \$	7 %
F.A.I.R.E (Familles d'appui et intervention pour un réseau d'entraide) ⁸⁹	4 500 \$	4 500 \$	0 %
La Maison de la Famille de Trois-Rivières inc. ⁹⁰	189 285 \$	196 800 \$	4 %
La Parenthèse, Service droits d'accès ⁹¹	49 843 \$	64 720 \$	30 %
Le Lien Maison de la famille	17 215 \$	17 490 \$	2 %
Le Rendez-vous familial inc.	5 000 \$	5 035 \$	1 %
Maison de la famille des Chenaux	16 741 \$	17 009 \$	2 %
Maison de la famille du bassin de Maskinongé	18 436 \$	18 731 \$	2 %
Maison de la famille, Drummond inc.	16 406 \$	16 668 \$	2 %
Maison des familles Chemin du Roi inc.	2 500 \$	2 540 \$	2 %
Maison des familles de l'Érable	13 904 \$	14 126 \$	2 %
Maison des familles de Mékinac	16 927 \$	17 197 \$	2 %
Maison des familles du Rivage	5 000 \$	5 080 \$	2 %
Maternaide du Québec	97 970 \$	99 458 \$	2 %
Ressource Parent-Ailes	27 358 \$	27 795 \$	2 %
	717 996 \$	784 218 \$	9 %
Personnes démunies			
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	129 665 \$	131 740 \$	2 %
Carrefour d'entraide Drummond inc. ⁹²	112 557 \$	98 219 \$	-15 %
Carrefour Normandie Saint-Tite inc. ⁹³	94 167 \$	100 674 \$	7 %
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	117 233 \$	119 109 \$	2 %
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	78 221 \$	79 473 \$	2 %

⁸³ Organisme ayant reçu un financement supplémentaire par lit de soins palliatifs en 2018-2019.

⁸⁴ Organisme ayant reçu un financement supplémentaire par lit de soins palliatifs en 2018-2019.

⁸⁵ Organisme ayant reçu un financement supplémentaire par lit de soins palliatifs en 2018-2019.

⁸⁶ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁸⁷ Organisme ayant reçu un financement supplémentaire SDA pour 2017-2018 et 2018-2019.

⁸⁸ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁸⁹ Organisme n'ayant pas demandé de rehaussement financier en 2018-2019.

⁹⁰ Organisme ayant reçu un financement supplémentaire SDA pour 2017-2018 et 2018-2019.

⁹¹ Organisme ayant reçu un financement supplémentaire SDA pour 2017-2018 et 2018-2019.

⁹² Organisme ayant vu son financement limité au montant demandé en 2018-2019 et dont le financement en entente spécifique 2017-2018 a été redistribué entre 5 organismes.

⁹³ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2017-2018	Subvention PSOC 2018-2019	Variation**
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	118 029 \$	119 917 \$	2 %
Centre du Plateau Laval ⁹⁴	136 374 \$	143 636 \$	5 %
Comptoir alimentaire Drummond inc. ⁹⁵	93 990 \$	98 912 \$	5 %
Ebyôn ⁹⁶	75 677 \$	85 571 \$	13 %
Entraide Bécancour inc.	79 600 \$	80 874 \$	2 %
Fonds communautaire des Chenaux ⁹⁷	100 921 \$	107 536 \$	7 %
La Maison de L'abondance ⁹⁸	62 000 \$	62 000 \$	0 %
La sécurité alimentaire	89 063 \$	90 488 \$	2 %
La Tablée populaire ⁹⁹	113 374 \$	118 606 \$	5 %
L'Entre-Aide de Louiseville ¹⁰⁰	85 291 \$	88 390 \$	4 %
Les Artisans bénévoles de la Paix en Mauricie ¹⁰¹	102 585 \$	115 522 \$	13 %
Les cuisines collectives de Francheville	124 539 \$	126 532 \$	2 %
Les cuisines collectives des Bois-Francis	130 199 \$	132 282 \$	2 %
Ludolette ¹⁰²	108 112 \$	118 062 \$	9 %
Maison Coup de pouce Trois-Rivières ¹⁰³	107 460 \$	115 522 \$	8 %
Moisson Mauricie /Centre-du-Québec	116 970 \$	118 842 \$	2 %
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	95 707 \$	97 238 \$	2 %
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable ¹⁰⁴	125 364 \$	134 436 \$	7 %
Ressource aide alimentaire	84 647 \$	86 001 \$	2 %
	2 481 745 \$	2 569 582 \$	4 %
VIH – SIDA			
Bureau de lutte aux infections transmises sexuellement et par le sang (BLITSS) anciennement Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	130 292 \$	132 377 \$	2 %
Maison Re-Né inc. ¹⁰⁵	318 923 \$	342 280 \$	7 %
Sidaction Mauricie inc. ¹⁰⁶	107 088 \$	132 377 \$	24 %
	556 303 \$	607 034 \$	9 %
SERVICES GÉNÉRAUX, ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE			
Orientation et identité sexuelles			
Groupe régional d'intervention sociale (GRIS)–Mauricie/Centre-du-Québec	76 678 \$	77 905 \$	2 %
Trans-Mauricie/Centre-du-Québec ¹⁰⁷	25 000 \$	49 424 \$	98 %

⁹⁴ Organisme ayant vu son financement retenu ou diminué en 2017-2018.

⁹⁵ Organisme ayant fait l'objet d'un rehaussement de son financement en cours d'exercice 2017-2018 et annualisé en 2018-2019.

⁹⁶ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁹⁷ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

⁹⁸ Organisme n'ayant pas demandé de rehaussement financier en 2018-2019.

⁹⁹ Organisme ayant fait l'objet d'un rehaussement de son financement en cours d'exercice 2017-2018 et annualisé en 2018-2019.

¹⁰⁰ Organisme ayant bénéficié d'un financement non récurrent pour une relocalisation d'urgence en 2018-2019.

¹⁰¹ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

¹⁰² Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

¹⁰³ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

¹⁰⁴ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

¹⁰⁵ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

¹⁰⁶ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

¹⁰⁷ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2017-2018	Subvention PSOC 2018-2019	Variation**
	101 678 \$	127 329 \$	25 %
Concertation et consultation générale			
Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	226 668 \$	230 960 \$	2 %
	226 668 \$	230 960 \$	2 %
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté			
La Maison La Nacelle	672 325 \$	683 082 \$	2 %
La rose des vents de Drummond inc.	687 653 \$	698 655 \$	2 %
La Séjournelle	688 036 \$	699 045 \$	2 %
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc. ¹⁰⁸	724 096 \$	725 522 \$	0 %
Le Toit de l'Amitié inc.	661 008 \$	671 584 \$	2 %
Maison De connivence inc.	688 036 \$	699 045 \$	2 %
Maison d'hébergement La Volte-Face	690 342 \$	701 387 \$	2 %
	4 811 496 \$	4 878 320 \$	1 %
Centres de femmes			
Centre de femmes de Shawinigan inc.	199 793 \$	202 990 \$	2 %
Centre de femmes Parmi Elles	199 604 \$	202 798 \$	2 %
Centre des femmes l'Héritage ¹⁰⁹	199 604 \$	205 578 \$	3 %
Femmes de Mékinac	199 406 \$	202 596 \$	2 %
La maison des femmes des Bois-Francis	199 701 \$	202 886 \$	2 %
La Collective des femmes de Nicolet et régions	199 604 \$	202 798 \$	2 %
Maison des femmes de Drummondville	199 864 \$	203 062 \$	2 %
	1 397 576 \$	1 422 718 \$	2 %
Autres ressources pour femmes			
Centre de santé des femmes de la Mauricie	553 994 \$	562 858 \$	2 %
	553 994 \$	562 858 \$	2 %
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)			
CALACS Entraid'Action, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel ¹¹⁰	155 290 \$	207 775 \$	34 %
CALACS La Passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	262 384 \$	266 582 \$	2 %
CALACS Unies-vers-elles ¹¹¹	140 471 \$	192 719 \$	37 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	292 199 \$	296 874 \$	2 %
	850 344 \$	963 950 \$	13 %
Autres ressources pour hommes			
Chez-nous entre hommes	172 641 \$	175 403 \$	2 %

¹⁰⁸ Organisme ayant vu son financement limité au montant demandé en 2018-2019.

¹⁰⁹ Organisme ayant bénéficié d'un financement non récurrent pour une relocalisation d'urgence en 2018-2019.

¹¹⁰ Organisme ayant bénéficié d'un réaménagement budgétaire récurrent en 2018-2019.

¹¹¹ Organisme ayant bénéficié d'un réaménagement budgétaire récurrent en 2018-2019.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2017-2018	Subvention PSOC 2018-2019	Variation**
Entraide Mauricie-Centre-du-Québec pour hommes agressés sexuellement dans l'enfance (EMPHASE) ¹¹²	25 000 \$	55 000 \$	120 %
Halte Drummond	152 823 \$	155 268 \$	2 %
Homme alternative (Halte Bois-Francs) ¹¹³	152 823 \$	205 268 \$	34 %
L'Accord Mauricie inc.	233 200 \$	236 931 \$	2 %
	736 487 \$	827 870 \$	12 %
GRAND TOTAL	42 355 588 \$	44 688 575 \$	6 %

*Ces montants sont ceux octroyés par le PSOC. Ils n'incluent pas le financement versé aux organismes communautaires par les anciens établissements qui composent maintenant le CIUSSS.

** Les variations indiquées au présent tableau ont fait l'objet d'un arrondi à l'unité.

¹¹² Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

¹¹³ Organisme ayant bénéficié de crédits de développement en 2018-2019.

12. Annexes

Annexe I - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Préambule

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du CA pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du CA, et de l'ordre de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance, dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 – Dispositions générales

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du CA, et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce code a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque membre du conseil.

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil :

- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- e) prévoit des mécanismes d'application, dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent code d'éthique et de déontologie des membres du CA ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du CA repose notamment sur les dispositions suivantes :

- la disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec;
- les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1);
- les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2);
- les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2);
- la Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1);
- la Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code

Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le CA.

Comité d'examen ad hoc

Comité institué par le CA pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil

Conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Conflit d'intérêts

Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint

Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la Loi d'interprétation (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise

Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate

Aux fins de l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave

Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du CA.

Intérêt

Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSSS

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

LSSSS

Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Membre

Membre du CA, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante

Tel que défini à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable

Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances.

Renseignements confidentiels

Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du CA, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du CA est assujéti aux règles du présent code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le CA. Le comité de gouvernance et d'éthique du CA assume la responsabilité de veiller à l'application du présent code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique

tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen ad hoc, des décisions prises et des sanctions imposées par le CA, ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Section 2 – Principes d'éthique et règles de déontologie

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme membre du CA, cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus des principes éthiques et déontologiques, le membre du CA doit :

- agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie;
- remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi;
- témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables;
- être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population;
- exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles;
- participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
- contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur;
- assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et pros crit.

En plus des principes éthiques et déontologiques, le membre du CA doit :

8.1. Disponibilité et compétence

- être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du CA, et ce, selon les modalités précisées au règlement sur la régie interne du CA de l'établissement;
- prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions;
- favoriser l'entraide;
- s'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2. Respect et loyauté

- respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables, ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi;
- agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination;
- respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du CA, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence;
- respecter toute décision du CA, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3. Impartialité

- se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit;
- placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

- 8.4. Transparence
- exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes;
 - partager avec les membres du CA toute information utile ou pertinente aux prises de décision.
- 8.5. Discrétion et confidentialité
- faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci;
 - faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu;
 - préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du CA qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du CA;
 - s'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le CA exige le respect de la confidentialité.
- 8.6. Considérations politiques
- prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.
- 8.7. Relations publiques
- respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.
- 8.8. Charge publique
- informer le CA de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective;
 - démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.
- 8.9. Biens et services de l'établissement
- utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le CA. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
 - ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du CA ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.
- 8.10. Avantages et cadeaux
- ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.
- 8.11. Interventions inappropriées
- s'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel;
 - s'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – Conflit d'intérêts

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un membre du conseil par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
 - a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du CA;
 - b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du CA;
 - d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au CA les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de services ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au CA et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du CA ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au CA en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.
14. Le membre qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 – Application

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des membres du CA

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code d'éthique et de déontologie des membres par le CA, chaque membre doit produire le formulaire Engagement et affirmation du membre de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions :

- a) d'élaborer un code d'éthique et de déontologie des membres du CA conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- b) de voir à la diffusion et à la promotion du présent code auprès des membres du CA;
- c) d'informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent code;
- d) de conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent code;
- e) d'assurer le traitement des déclarations de conflit d'intérêts et de fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) de réviser, au besoin, le présent code et de soumettre toute modification au CA pour adoption;
- g) d'évaluer périodiquement l'application du présent code et de faire des recommandations au CA, le cas échéant;
- h) de retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le CA;
- i) d'assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent code et de faire rapport au CA.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi il est proposé de mettre en place un « comité d'examen ad hoc » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du CA.

18. Comité d'examen ad hoc

- 18.1. Le comité de gouvernance et d'éthique forme, au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du CA ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- 18.2. Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- 18.3. Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :
 - a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du CA, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;
 - b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du CA a contrevenu ou non au présent code;
 - c) faire des recommandations au CA sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- 18.4. La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc, de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.
- 18.5. Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

- 19.1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 19.2. Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.
- 19.3. Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés. Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.
- 19.4. Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen de l'annexe VII.
- 19.5. Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.
- 19.6. Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du CA.
- 19.7. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 19.8. Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
 - a) un état des faits reprochés;
 - b) un résumé des témoignages et des documents consultés, incluant le point de vue du membre visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 19.9. Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le CA se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 19.10. Le CA peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute

grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du CA doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11. Toute mesure prise par le CA doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée de même que la décision de le relever de ses fonctions doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du CA en informe le président-directeur général ou le ministre de la Santé et des Services sociaux, selon la gravité du manquement.

19.12. Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du CA en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13. Le secrétaire du CA conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du CA, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au CA dans les plus brefs délais toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au CA le formulaire Avis de bris du statut d'indépendance de l'annexe II du présent code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre du CA doit, après la fin de son mandat :

- respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions;
- se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures de membre du conseil;
- ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public;
- s'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au CA.

Annexe II – Échelle de classification des événements

Événement	Catégorie	Description
Incident	A	Circonstance ou événement qui a la capacité de causer une erreur ou un dommage (situation à risques).
	B	Erreur intervenue sans atteindre quiconque (échappée belle).
Accident mineur	C	Erreur qui atteint la personne, mais ne lui cause pas de conséquence, n'exigeant pas de surveillance ou d'intervention additionnelle.
	D	Personne atteinte, conséquences craintes ou anticipées exigeant une surveillance pour confirmer qu'il n'y a pas de conséquences/interventions requises pour prévenir les conséquences
	E1	Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins/traitements non spécialisés, sans hospitalisation/ prolongation d'hospitalisation.
	E2	Accident résultant en des conséquences temporaires et nécessitant des soins/traitements spécialisés sans hospitalisation/prolongation hospitalisation.
Accident majeur	F	Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins/traitements supplémentaires spécialisés avec hospitalisation ou prolongation hospitalisation.
	G	Accident ayant contribué ou résultant en des conséquences permanentes pour la personne.
	H	Accident nécessitant une intervention pour maintenir en vie.
	I	Accident ayant contribué ou résultant en la mort de la personne.

Annexe III - Liste des acronymes

AMM :	Aide médicale à mourir	DRHCAJ :	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
APNED :	Association professionnelle des nutritionnistes experts en dysphagie	DRI :	Direction des ressources informationnelles
APSS :	Accès priorisé aux services spécialisés	DRMG :	Département régional de médecine générale
AVC :	Accident vasculaire cérébral	DSASC :	Direction des soins ambulatoires et soins critiques
BDCU :	Banque de données communes des urgences	DSSCO :	Direction des services spécialisés chirurgicaux et oncologiques
BNY :	Bécancour-Nicolet-Yamaska	DSI :	Direction des soins infirmiers
CA :	Conseil d'administration	DSM :	Direction des services multidisciplinaires
CALACS :	Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	DSPPC :	Direction des services professionnels et de la pertinence clinique
CEG :	Centre d'expertise gériatrique	DSPRP :	Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
CÉR :	Comité d'éthique de la recherche	DST :	Direction des services techniques
CGR :	Comité de gestion des risques	EGI :	Entente de gestion et d'imputabilité
CH :	Centre hospitalier	ETC :	Équivalent temps complet
CHAUR :	Centre hospitalier affilié universitaire régional	FCASS :	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	GESTRED :	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
CHSLD :	Centre hospitalier de soins de longue durée	GIA :	Gestion des identités et des accès
CII :	Conseil des infirmières et infirmiers	GIP :	Guichet d'information partenariale
CIIA :	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires	GMF :	Groupe de médecine familiale
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux	GMF-R :	Groupe de médecine familiale – Réseau
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	GMF-U :	Groupe de médecine familiale – Universitaire
CLSC :	Centre local de santé communautaire	HCM :	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
CM :	Conseil multidisciplinaire	HDA :	Hôtel-Dieu d'Arthabaska
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	HSC :	Hôpital Sainte-Croix
CNRIS :	Consortium national de recherche pour l'intégration sociale	HSM :	Haut Saint-Maurice
CODIR :	Comité de direction	I-CLSC :	Intégration-CLSC (Système d'information permettant la gestion de l'information clinique et administrative des centres locaux de services communautaires)
CPQS :	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	IDPS :	Implantation d'une démarche palliative dans les soins de longue durée
CRDI :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	ISO-SMAF :	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
CRH :	Comité sur les ressources humaines	ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
CRP :	Comité sur la responsabilité populationnelle	IU :	Institut universitaire
CRDP :	Centre de réadaptation en déficience physique	IUCPQ :	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
CRSP :	Conseil régional sur les services pharmaceutiques	IUPLSSS :	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
CSF :	Conseil des sages-femmes	IVP :	Indice de vétusté physique
CS-PCI :	Comité stratégique de prévention et de contrôle des infections	LGCE :	Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs
CUCI :	Comité des usagers du centre intégré	LPH :	Lit post hospitalier
CV :	Comité de vérification	LPJ :	Loi sur la protection de la jeunesse
CVQ :	Comité de vigilance et de la qualité	LSJPA :	Lois sur le système de justice pénale pour les adolescents
DCI :	Dossier clinique informatisé	LSSSS :	Loi sur les services de santé et services sociaux
DGA-PSR :	Direction générale adjointe des programmes sociaux et de réadaptation	MCQ :	Mauricie et Centre-du-Québec
DI :	Déficience intellectuelle	MOFF :	Menaces, opportunités, forces et faiblesses
DIR :	Dialoguer, identifier et référer	MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
DITSA :	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	MRC :	Municipalité régionale de comté
DMS :	Durée moyenne de séjour	MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
DP :	Déficience physique	NSA :	Niveau de soins alternatifs
DPE :	Dossier patient électronique	OCCI :	Outils de cheminement clinique informatisés
DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse	OEMC :	Outil d'évaluation multiclientèle
DPJF :	Direction du programme jeunesse-famille	OPUS-AP :	Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques
DPSAPA :	Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée		
DPSMAD :	Direction du programme santé mentale adulte et dépendance		
DQEPE :	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique		
DRF :	Direction des ressources financières		

PAB :	Préposé aux bénéficiaires
PASM :	Plan d'action en santé mentale
PCFI :	Plan de conservation et de fonctionnalités immobilières
PCI :	Prévention et contrôle des infections
PCM :	Premier contact médical
PDC :	Plan de développement des compétences
PDG :	Président-directeur général
PDGA :	Président-directeur général adjoint
PEM :	Plan d'effectifs médicaux
PIN :	Programme d'intervention en négligence
PSOC :	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTAAC :	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité
RAC :	Résidence à assistance continue
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RDM :	Résorption du déficit de maintien
RÉ :	Rapport d'état
RH :	Ressources humaines
RI :	Ressource intermédiaire
RLS :	Réseau local de services
RNETSA :	Réseau national d'expertise en trouble du spectre de l'autisme
RNI :	Ressource non institutionnelle
RP :	Responsabilité populationnelle
RPA :	Résidence privée pour aînés
RRSS :	Répertoire des ressources en santé et en services sociaux
RSIPA :	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RTF :	Ressource de type familial
RTS :	Réseau territorial de service
SAD :	Soutien à domicile
SAPA :	Soutien à l'autonomie de la personne âgée
SBEH :	Plan d'action en santé et bien-être des hommes
SCPD :	Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence
SIDEP :	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIM :	Suivi intensif dans le milieu
SIV :	Souvent d'intensité variable
SMAF :	Système de mesure de l'autonomie
SPFV :	Soins palliatifs et de fin de vie
SQETGC :	Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement
TAME :	Table sectorielle des associations des membres de l'entourage
TEP :	Tomographies par émission de positrons
TROC :	Table régionale des organismes communautaires
TSA :	Trouble du spectre de l'autisme
UCDG :	Unité de courte durée gériatrique
UQTR :	Université du Québec à Trois-Rivières
URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

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

Siège social
858, terrasse Turcotte
Trois-Rivières (Québec) G9A 5C5

www.ciusssmcq.ca

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

Québec 

