



UNIS dans TOUS les SENS

AUDITION DEVANT LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

Reddition de comptes 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2012

FAITS SAILLANTS



pour S'ALIMENTER
pour S'ÉPAULER
pour VOIR LOIN
pour TENDRE L'OREILLE
pour AVOIR DU FLAIR

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

Québec 

AUDITION

DEVANT LA COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

REDDITION DE COMPTES 1^{ER} AVRIL 2007 AU 31 MARS 2012

FAITS SAILLANTS

Conception

Pop grenade

Coordination et adaptation des textes

Geneviève Blain

Contribution

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

Correction et secrétariat

Odile Raiche
Isabelle Houde

Conception de la couverture

Acolyte communication

Dépôt légal – 2013
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN version imprimée : 978-2-89340-279-6
ISBN version PDF : 978-2-89340-280-2

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

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

Document accessible sur le site Web de l'Agence

WWW.AGENCESS04.QC.CA

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	7
SECTION 1 : INTRODUCTION	9
SECTION 2 : LA RÉGION	11
LE TERRITOIRE ET LA POPULATION	11
Le territoire et la population de la région	11
Les caractéristiques socioéconomiques	12
Les habitudes de vie et les facteurs de risque	12
Les problèmes de santé	12
Les problèmes de santé mentale	13
L'espérance de vie et la mortalité	13
LE RÉSEAU RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	15
Les centres de santé et de services sociaux	15
Le centre hospitalier régional	15
Les établissements spécialisés à vocation régionale	15
Les établissements privés	15
▪ Les Prix d'excellence décernés aux organisations de notre région	16
Les effectifs médicaux en omnipratique	16
Les effectifs médicaux en spécialité	17
▪ La formation médicale en Mauricie et au Centre-du-Québec	17
Les organismes et ressources complémentaires	18
LA CARTE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC ..	19
SECTION 3 : L'AGENCE	21
LA MISSION	21
L'ORGANISATION	22
L'organigramme au 31 mars 2012	22
Les ressources humaines	22
Les ressources financières	23
Les ressources informationnelles	23
- La coordination des progiciels administratifs régionaux (PAR)	24
LA SÉCURITÉ CIVILE – MISSION SANTÉ	24
LES MÉCANISMES D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION AVEC LA POPULATION	24
▪ Le Forum sur la communication des risques liés aux matières dangereuses	24
SECTION 4 : LE PROJET RÉGIONAL	25
NOTRE AMBITION RÉGIONALE	25
LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE RÉGIONALE 2010-2015	25
LA GOUVERNANCE	26
L'évolution du modèle régional	26
▪ Le plan stratégique et la gouvernance des ressources informationnelles	26
LA STRATÉGIE RÉGIONALE D'OPTIMISATION	27
▪ La création d'un nouvel établissement à Trois-Rivières	27
SECTION 5 : LES RESSOURCES RÉSEAU	29
LES RESSOURCES HUMAINES	29
L'état de situation régional de la main-d'œuvre	29
La stratégie d'action régionale en main-d'œuvre	30
- La promotion, le recrutement et la rétention	30
- Le développement, le maintien des compétences et la relève	30
- L'organisation du travail	30
La gestion de la présence au travail – principaux indicateurs	31
- Le ratio d'assurance salaire	31
- Les heures supplémentaires et la main-d'œuvre indépendante	31
▪ Le projet Éducation-Santé	31
▪ Le Salon des carrières et professions en santé et services sociaux	32

LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU	33
L'évolution de l'enveloppe régionale	33
L'évolution des surplus (et déficits des établissements publics)	33
Les autorisations d'emprunts accordées aux établissements	34
Le bilan d'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette	35
LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET IMMOBILIÈRES	37
Les immobilisations	37
▪ <i>L'optimisation des services de buanderie</i>	40
LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	41
LE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	42
La reconnaissance et le financement des organismes communautaires	42
La gestion du programme SOC – faits saillants	44
- Le rehaussement du financement	44
- Le soutien ponctuel alloué aux organismes venant en aide aux personnes touchées par la crise économique	44
- Le soutien à la formation	44
SECTION 6 : LES PROGRAMMES ET SERVICES – RÉSULTATS ET FAITS SAILLANTS	45
LA SANTÉ PHYSIQUE	45
Les urgences hospitalières	45
- La situation du Trois-Rivières métropolitain	46
▪ <i>L'accès aux services médicaux de première ligne</i>	47
La lutte au cancer	48
- Le Plan régional de lutte contre le cancer	48
- Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein	48
L'accès aux chirurgies électives, services diagnostiques et consultation en spécialité médicale	49
La prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques	49
La cardiologie	50
Les soins palliatifs	50
La néonatalogie et la procréation médicalement assistée	51
Les services préhospitaliers d'urgence	51
- Les transports ambulanciers	51
- Les services de premiers répondants	51
- La répartition des appels d'urgence	51
La traumatologie	51
LA SANTÉ PUBLIQUE	52
Le plan d'action régional de santé publique	52
La prévention	52
- Les saines habitudes de vie et pratiques cliniques préventives	52
- Le développement des enfants et des jeunes	52
- Le développement social et le développement des communautés	53
La protection	53
- Les maladies à déclaration obligatoire	53
- Les autres maladies infectieuses	53
- La vaccination contre l'influenza	53
- La surveillance des infections nosocomiales	54
- La santé environnementale	54
La santé au travail	54
La surveillance et l'évaluation	54
L'information et la communication à la population	55
- Les avis de santé publique	55
- Les campagnes d'information	55
▪ <i>La diminution des taux d'infections nosocomiales</i>	55
LES SERVICES GÉNÉRAUX	56
Le Service régional Info-Santé/Info-Social (SRISIS)	56
La violence conjugale et les agressions sexuelles	57
- Le Plan d'action régional 2007-2009 en matière de violence conjugale	57
- Les initiatives régionales	57
▪ <i>L'accessibilité 24/7 du service de réponse téléphonique Info-Social</i>	57
LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT	58
Le plan régional sur le vieillissement	58
Le réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	58
Les services de maintien dans la communauté	59
- Le soutien à domicile	59
- Le soutien aux proches aidants	59
- La prévention des chutes chez les aînés qui vivent à domicile	60
- Les services de réadaptation et posthospitaliers	60

L'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	60
Les services d'hébergement	60
- La diversification de l'offre d'hébergement	60
- L'accès en hébergement	60
- L'offre de service en hébergement	61
▪ La certification des ressources d'hébergement	61
▪ Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience	62
LA DÉFICIENCE PHYSIQUE	63
Les services de soutien à la personne, à la famille et aux proches	63
- Le soutien à domicile	63
- Le soutien à la famille et aux proches	63
Les services d'adaptation et de réadaptation	64
- L'accès aux services spécialisés	64
Le soutien à l'intégration et à la participation sociale	64
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT	65
Les services de soutien à la famille et aux proches	65
- Le soutien à domicile	65
- Le soutien aux famille et aux proches aidants	65
Les services d'adaptation et de réadaptation	65
- Les services spécialisés en déficience intellectuelle et TED	66
- L'accès aux services pour les enfants présentant un TED	66
Le soutien à l'intégration et à la participation sociale	66
▪ Le répit hors domicile	66
▪ Les services de soutien à domicile (SAD) - toutes clientèles	66
▪ L'optimisation des services	67
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ	68
Les modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse et entente de complémentarité MELS-MSSS	68
Les services de première ligne	68
Les services spécialisés	69
- Les services spécialisés en centre jeunesse	69
▪ Le programme Ensemble pour les enfants	69
▪ Les orientations régionales en négligence et troubles du comportement	69
LES DÉPENDANCES	70
Les orientations régionales en dépendances	70
Les services de première ligne	70
Les services spécialisés	70
Le jeu pathologique	70
▪ L'itinérance	71
LA SANTÉ MENTALE	72
Le plan d'action en santé mentale	72
Les services de première ligne	72
- Les services aux jeunes	72
- Les services aux adultes	72
Les services spécialisés	73
- Les services aux jeunes	73
- Les services aux adultes	73
▪ Le soutien d'intensité variable	73
▪ Les services aux personnes présentant des problématiques multiples et complexes : développement d'une offre de service régionale et implantation de quatre mesures spécifiques	74
▪ La qualité des services et l'examen des plaintes	75
SECTION 7 : LES DÉFIS ET PERSPECTIVES	77
LA MISE EN ŒUVRE DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE	77
La prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques et le vieillissement de la population	77
L'accès à des services médicaux de première ligne dans une approche intégrée et interdisciplinaire	77
Le suivi et la gestion optimale des urgences	78
Les ressources humaines	78
Les ressources informationnelles	78
Le réseautage et le partenariat	78

LISTE DES ACRONYMES

CCS	Centre de communication santé
CEF-TC	Centre d’expertise et de formation sur les troubles du comportement
CH	Centre hospitalier
CHRTTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSLD	Centre d’hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDG	Comité régional des directeurs généraux
CRDITED MCQ - IU	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire
CSRA	Coopérative des services regroupés en approvisionnement
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
DACD	Diarrhée associée au <i>C. difficile</i>
DCIR	Dossier clinique informatisé régional
DMS	Durée moyenne de séjour
DSP	Direction de santé publique
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
GACO	Guichet d’accès pour les clientèles orphelines
GMF	Groupe de médecine de famille
ICI	Intervention comportementale intensive
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
IPS-SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRISS	Interdisciplinaire de recherche et d’intervention dans les services de santé
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l’Éducation, du Loisir et du Sport
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
ORSC	Organisation régionale de sécurité civile
PACS	<i>Picture Archiving and Communication System</i>
PAPFC	Programme d’aide personnelle, familiale et communautaire
PAR	Progiciels administratifs régionaux
PARSP	Plan d’action régional de santé publique
PIED	Programme intégré d’équilibre dynamique
PREM	Plan régional d’effectifs médicaux
PSII	Plan de services individualisés et intersectoriels
PSRRI	Plan stratégique régional des ressources informationnelles
RAMQ	Régie d’assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire

RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RPA	Résidence pour personnes âgées
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SAG	Service ambulatoire gériatrique
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIV	Soutien d'intensité variable
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRISIS	Service régional Info-Santé/Info-Social
TCC	Traumatisme craniocérébral
TED	Trouble envahissant du développement
TROC	Table régionale des organismes communautaires
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UDC	Unité de décision clinique
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Section 1

La dernière reddition de comptes de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec devant la Commission parlementaire de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale remonte au 28 janvier 2008.

Le présent document d'appui à l'audition de l'Agence couvre donc la période des cinq années comprises entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 mars 2012. Nos tableaux incluront généralement des données 2006-2007, ces dernières servant de base de référence pour l'évaluation des variations des années subséquentes.

Il est utile de préciser que l'ensemble de ces tableaux ne cherche pas à présenter de façon exhaustive et détaillée l'évolution de notre réalité régionale. Ils illustrent simplement certains éléments significatifs soulignés dans le texte.

Les rapports annuels de l'Agence des cinq années couvertes par l'audition ayant fait l'objet d'un dépôt préalable auprès des membres de la Commission, le présent document se veut davantage une vue d'ensemble synthétique qu'une analyse détaillée de ces rapports.

Essentiellement, les informations regroupées constituent la synthèse des résultats atteints et des faits saillants de la période couverte, de manière générale, puis pour chacun des programmes-services constituant l'architecture du réseau. Des données sur l'utilisation des ressources nécessaires à la prestation des services et au fonctionnement des établissements sont aussi présentées. Enfin, le document recense quelques réalisations de l'Agence et du réseau régional dont nous sommes particulièrement fiers.

Nous souhaitons que ce document sera utile pour les membres de la Commission et qu'il favorisera et facilitera les échanges lors de l'audition du 29 janvier 2013.



Gaétan Lamy
Président-directeur général intérimaire

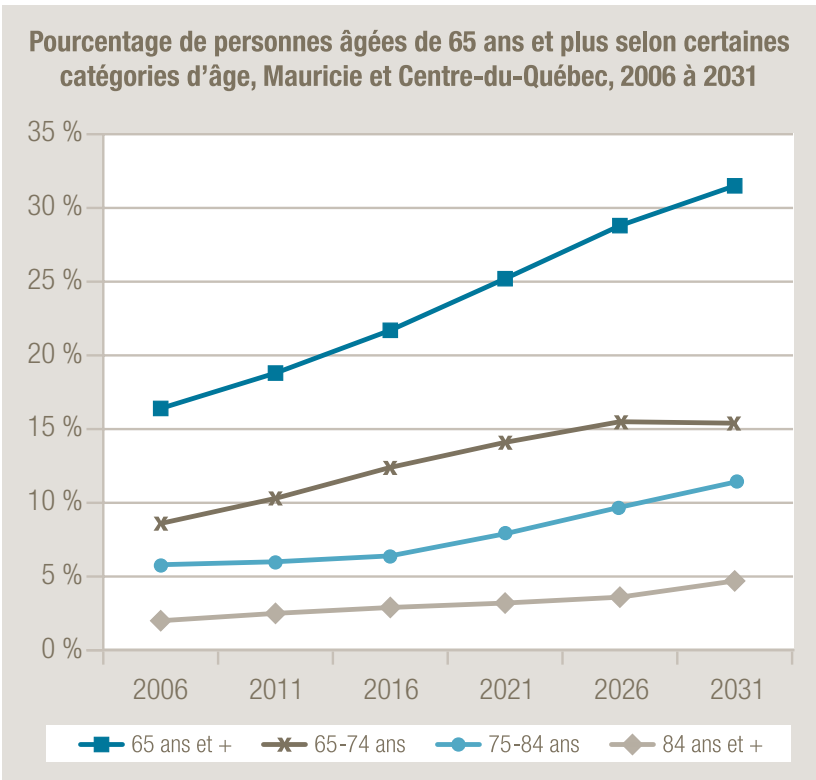
LA RÉGION

Section 2

LE TERRITOIRE ET LA POPULATION

LE TERRITOIRE ET LA POPULATION DE LA RÉGION

- Vaste territoire de près de 45 000 km².
- La cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec.
- La population estimée pour l'année 2012 est de 499 276 personnes :
 - Sur ce nombre, 18 % ont moins de 18 ans, 63 % ont entre 18 et 64 ans et 19 % sont âgées de 65 ans et plus. Ce dernier pourcentage est supérieur à celui du Québec (16 %).
 - Une population de personnes âgées quasiment appelée à doubler d'ici 2031 pour passer de 96 674 à 166 196 individus. Les personnes âgées représenteront alors 32 % de la population régionale (26 % pour le Québec).

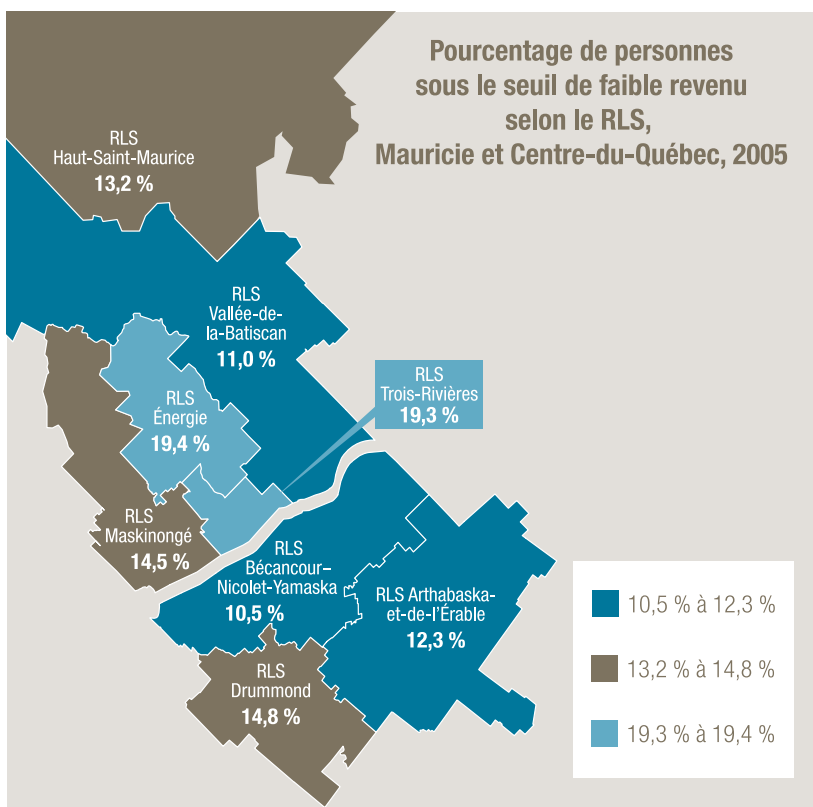


Source : MSSS, Projections de la population, janvier 2010

- La communauté autochtone représente environ 1 % de la population totale (environ 5 065 individus). Bien que deux des quatre réserves amérindiennes sont situées au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice. Elle représente environ 20 % de l'ensemble de la population de ce réseau local de services (RLS).
- Environ 1 % de la population est de langue maternelle anglaise. Plus de la moitié de cette population réside dans le territoire de la MRC Drummond et dans la région de Trois-Rivières.
- La population de langue maternelle autre que française ou anglaise représente 2,2 %.

■ LES CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES¹

- On constate une amélioration marquée du niveau de scolarité entre 1996 et 2006. La proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires chez les 25-64 ans a chuté de 32 % à 20 % au cours de cette période, mais demeure supérieure au Québec (17 %). La proportion de la population détenant un diplôme universitaire a augmenté de 10 % à 12 %, mais demeure inférieure à celle du Québec (21 %). Ainsi, la région reste davantage sous-scolarisée que la province.
- La proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu est inférieure à celle du Québec (15,6 % contre 17,2 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent sous ce seuil (18,7 % contre 15,6 %).
- Le taux d'emploi reste moins élevé que pour l'ensemble du Québec (56 % contre 60 %).



■ LES HABITUDES DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE

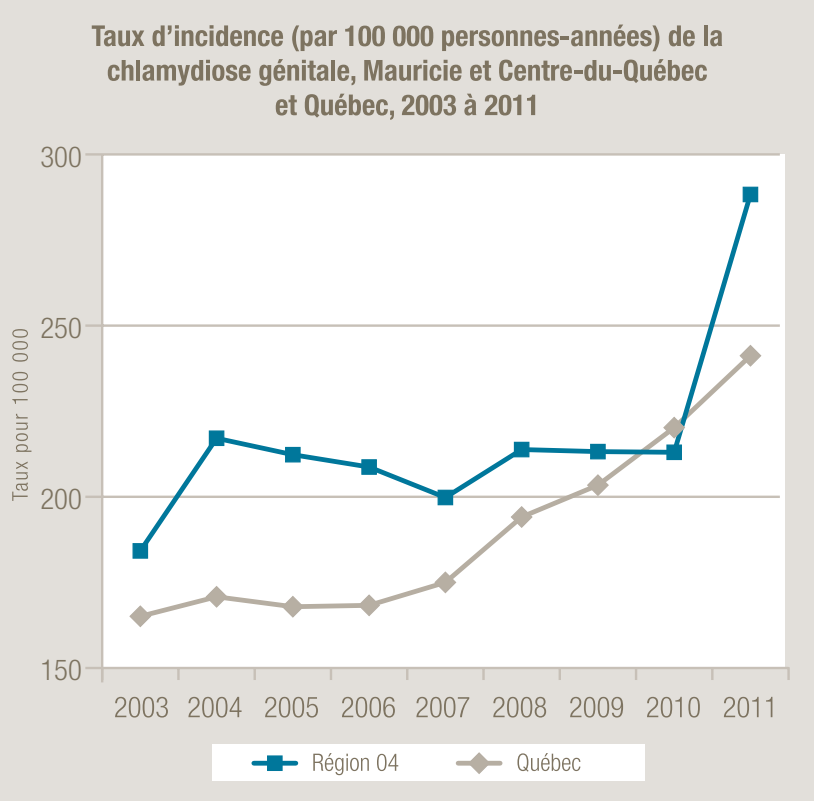
- On constate une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (18 % des 18 ans et plus en 2008 contre 7 % en 1987). La proportion de personnes obèses est comparable chez les hommes et les femmes (20 % et 18 %). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'embonpoint (44 % contre 27 %).
- En 2009-2010, 61 % des hommes et 39 % des femmes de 12 ans et plus ne mangeaient pas le minimum recommandé de cinq portions de fruits et légumes par jour.
- Au chapitre de l'activité physique de loisir chez les adultes de 18 ans et plus, en 2009-2010 on comptait 35 % d'actifs, 21 % de moyennement actifs et 24 % de sédentaires. Chez les jeunes de 12 à 17 ans, 36 % sont actifs et 37 % moyennement actifs. La sédentarité est en recul depuis une dizaine d'années.
- 23 % des personnes de 12 ans et plus de la région sont des fumeurs actuels, ce qui se compare à la moyenne québécoise. Cette proportion est moindre qu'en 2000-2001 (31 %).
- En 2008, la proportion de la population de 18 ans et plus de la région dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin est de 89 %, ce qui est plus élevé que pour le Québec (83 %). Cette proportion grimpe à 97 % chez les 65 ans et plus.
- En 2008, moins de femmes de la région ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années : 67 % contre 73 % des Québécoises.
- En 2008, 12 % de la population de 15 ans et plus avait consommé de la drogue au cours des douze derniers mois. Les hommes ont consommé de la drogue dans une proportion deux fois plus grande que les femmes (16 % contre 8 %).

■ LES PROBLÈMES DE SANTÉ

- Une population de 15 ans et plus qui, en 2008, se considérait à 54 % en excellente ou en très bonne santé.
- La région comptait, en 2008-2009, 33 330 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 9 % de la population de ce groupe d'âge. Ce pourcentage apparaît légèrement plus faible que dans l'ensemble du Québec.

¹ Les informations proviennent du recensement de 2006 puisque celles du recensement de 2011 ne sont pas encore accessibles au moment d'écrire ces lignes.

- Près de 18 % de la population de 12 ans et plus présentait une hypertension diagnostiquée en 2009-2010, ce qui se compare au Québec.
- Avec un taux d'hospitalisation de 120 pour 10 000 personnes, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause d'hospitalisation pour la période allant de 2008 à 2011. Elles sont suivies des maladies de l'appareil respiratoire (85 pour 10 000), des maladies de l'appareil digestif (83 pour 10 000), des tumeurs (77 pour 10 000) et des traumatismes et empoisonnements (70 pour 10 000).
- Les principales causes d'hospitalisation diffèrent peu selon le sexe, sauf pour les maladies cardiovasculaires où les hommes ont un taux ajusté d'hospitalisation de 158 pour 10 000 contre un taux de 88 pour 10 000 chez les femmes.
- Les allergies non alimentaires constituent le premier problème de santé rapporté (19 % des 12 ans et plus), mais en proportion moindre qu'au Québec. Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (16 %), les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (12 %), l'hypertension (16 %) et les migraines (9 %).
- De façon générale, la région affiche une incidence pour la chlamydie génitale plus élevée que pour le Québec. En 2011, cette valeur s'élève à 288 pour 100 000 contre 241 pour 100 000 pour le Québec.



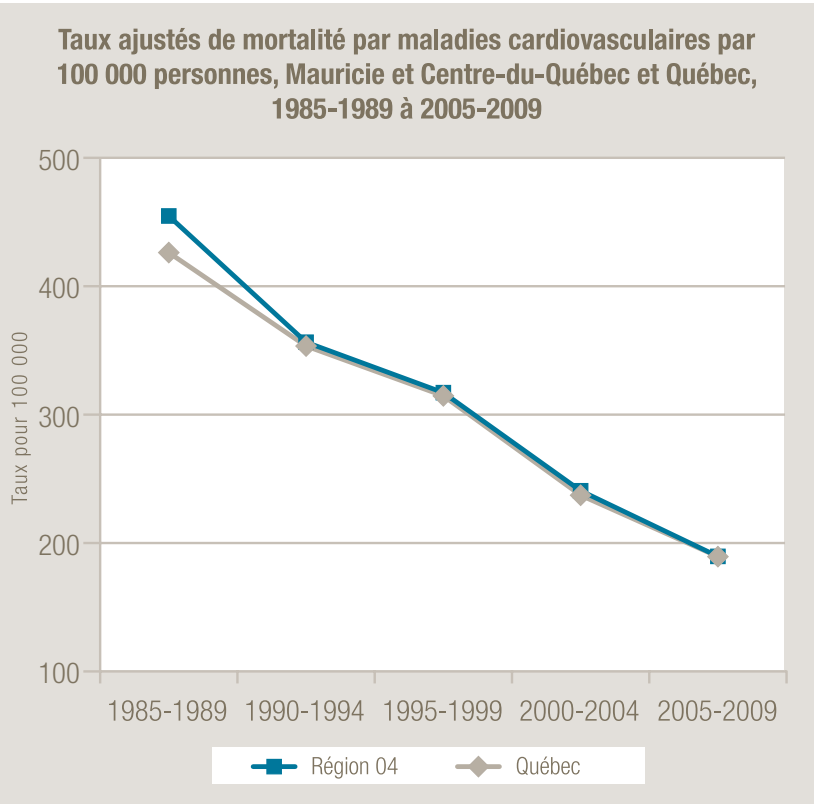
LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

- Une proportion de 79 % des personnes de 12 ans et plus déclare avoir une excellente ou une très bonne santé mentale. Cette valeur est comparable au Québec.
- Environ 95 % des gens de la région sont satisfaits de leur vie sociale. Cette proportion est supérieure à celle du Québec (93 %).
- En 2008, 20 % de la population de la région se retrouve avec un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Davantage de femmes que d'hommes ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (25 % contre 16 %).
- Dans la région, la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois se situe à 1,7 %; la valeur québécoise est de 2,3 %.
- La proportion de personnes affirmant avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois est de 3 pour 1 000 dans la région.

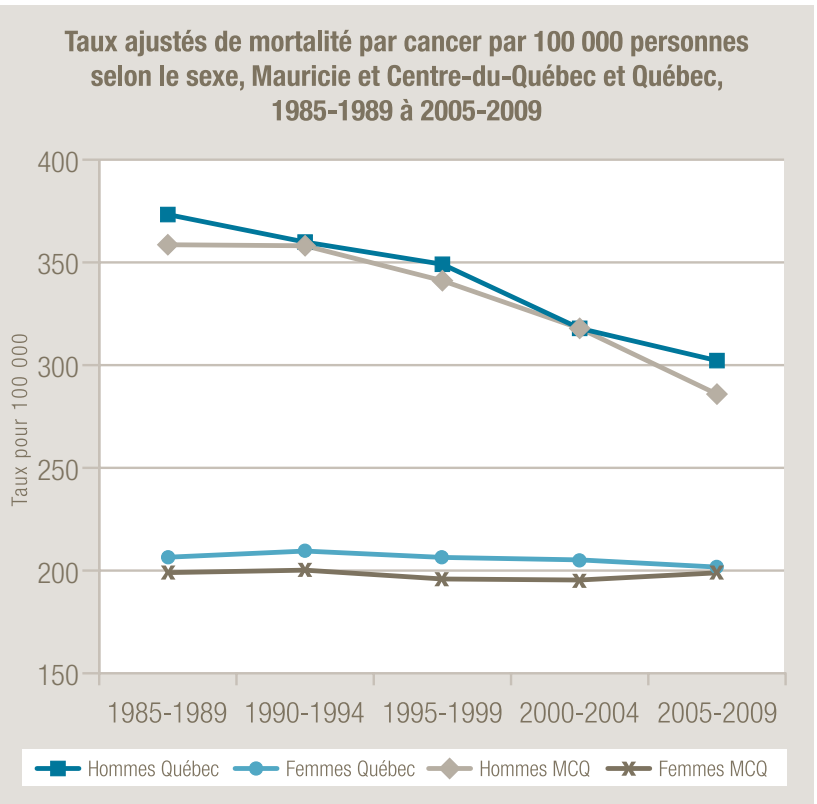
L'ESPÉRANCE DE VIE ET LA MORTALITÉ

- L'espérance de vie a augmenté de 6,2 ans chez les hommes et de 3,0 ans chez les femmes entre 1981-1983 et 2005-2007, pour atteindre respectivement les valeurs de 77,5 ans et de 82,8 ans. Les hommes de la région conservent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.

- L'espérance de vie dans la région est soumise comme ailleurs à la défavorisation sociale et matérielle. Les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celle des hommes des communautés plus favorisées.
- On constate une diminution marquée (près de la moitié) du taux de mortalité infantile au cours des 25 dernières années pour passer de 9,5 décès pour 1 000 naissances à 5,4 décès pour 1 000 naissances de nos jours.
- Les cancers et les maladies cardiovasculaires demeurent, avec respectivement près de 33 % et de 27 % des décès, les deux principales causes de mortalité entre 2005 et 2009. On observe ainsi :
 - Une décroissance de la mortalité par maladie cardiovasculaire, à l'instar du Québec. Le taux ajusté est passé de 455 à 189 décès pour 100 000 personnes depuis la fin des années 1980.



- Une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer, chez les hommes, de la fin des années 1980 à 2005-2009, mais une stagnation du taux pour les femmes de la région, comparativement à une légère diminution du taux en fin de période pour l'ensemble des femmes du Québec.
- Les cancers entraînant le plus de décès chez les hommes sont, en importance : le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer du sein et du cancer colorectal.



- Le taux de mortalité par suicide demeure supérieur à celui du Québec bien que, à l'instar de la situation québécoise, où on constate un certain fléchissement, il commence à diminuer (de 24 pour 100 000 en 1995-1999 à 22 pour 100 000 en 2003-2007). Le taux des hommes reste nettement supérieur à celui des femmes (35 pour 100 000 contre 9 pour 100 000 pour les femmes).
- Le taux de mortalité par traumatisme non intentionnel est important dans la région comparativement au Québec (33 contre 28 pour 100 000), surtout chez les hommes. Les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

LE RÉSEAU RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Au 31 mars 2012, le réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec était constitué de 12 établissements publics, dont 8 centres de santé et de services sociaux (CSSS). Notons que l’actuel CSSS de Trois-Rivières est né, le 1^{er} avril 2011, de la fusion entre l’ancien CSSS de Trois-Rivières et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR). S’ajoutent deux centres d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés.

LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Responsabilités	CSSS
Mission de type CLSC et CHSLD	Tous
Mission CH	CSSS du Haut-Saint-Maurice, de l’Énergie, de Trois-Rivières, Drummond et d’Arthabaska-et-de-l’Érable
Urgence mineure et unité de courte durée gériatrique	CSSS de Maskinongé, de Trois-Rivières et de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Mandat régional en santé mentale	CSSS de l’Énergie
Mandataire régional Info-Santé/Info-Social	CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska

LE CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL

Le centre hospitalier régional du CSSS de Trois-Rivières (auparavant le CHRTR) offre des services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale, et remplit un mandat régional dans plusieurs spécialités. Le centre hospitalier du CSSS de Trois-Rivières a été désigné, le 8 juillet 2011, centre hospitalier affilié universitaire régional.

LES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS À VOCATION RÉGIONALE

La région compte quatre centres de réadaptation qui sont : le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Centre de réadaptation InterVal, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (CRDITED MCQ - IU) et le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec.

LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Ce sont le Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. et le CHSLD Vigi Les Chutes à Shawinigan.

LES PRIX D'EXCELLENCE DÉCERNÉS AUX ORGANISATIONS DE NOTRE RÉGION

Au cours des cinq dernières années, plusieurs réalisations des établissements et organismes communautaires de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été reconnues dans le cadre de l'attribution des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux.

Prix	Récipiendaires
2008 Personnalisation des soins et services	CRDITED MCQ - IU : <i>Programme d'éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle</i>
Prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être	Pacte Bois-Francis
2009 Sécurité des soins et des services <i>Prix Isabel-et-Michèle-Beauchemin-Perreault</i>	CSSS de l'Énergie : <i>Le métier de « salubriste » : Un impératif pour la sécurité des soins et des services</i>
Soutien aux personnes et aux groupes vulnérables	Point de Rue : <i>Création de plateaux de travail</i>
2011 Accessibilité aux soins et services mention d'honneur	CRDITED MCQ - IU : <i>Processus d'évaluation-diagnostic du trouble envahissant du développement des jeunes (0-7 ans)</i>
2012 Impact sur la communauté mention d'honneur	Moisson Mauricie et Centre-du-Québec : <i>Se nourrir, agir et se développer</i>
Mention spéciale Coup de cœur de la ministre déléguée	Centre de réadaptation en dépendance Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec, CSSS de Trois-Rivières, Centre Le Havre et Point de Rue : <i>L'Équipe Itinérance de Trois-Rivières</i>

LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

La région est toujours reconnue comme ayant des besoins prioritaires en termes d'effectifs médicaux en omnipratique avec 80,1 % d'atteinte de ses besoins. On note cependant que les efforts de recrutement portent ses fruits.

Effectifs médicaux en omnipratique	2006-2007 (année de référence)	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Médecins en place	447	465	481	499	516	536
Équivalents temps plein (ETP)	412	420	438	454	442	450
Besoins normalisés	522	526	530	550	562	562
Écart selon les besoins	110	106	92	97	120	112
% d'atteinte du plan d'effectifs de la région	78,9 %	81,0 %	82,6 %	82,4 %	78,6 %	80,1 %
% d'atteinte du plan d'effectifs du Québec	90,7 %	90,7 %	90,7 %	87,0 %	86,5 %	86,5 %

LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ

Au 31 mars 2012, le taux d’atteinte du Plan régional d’effectifs médicaux (PREM) en spécialité était de 90,7 % pour l’ensemble des spécialités (91,5 % pour les spécialités de base et 88,3 % pour les spécialités régionales).

Recrutement médical en spécialité (nombre d’individus)	Mars 2007 (année de référence)	Mars 2008	Mars 2009	Mars 2010	Mars 2011	Mars 2012	Total 2008-2012
Recrutement	21	21	18	21	21	38	119
Départs	3	2	1	3	1	1	8
Ajout net	18	19	17	18	20	37	111
Total des médecins spécialistes en place	282	301	318	336	356	393	

% du plan régional d’effectifs						
Spécialités de base	95 %	91,5 %	90,1 %	93,0 %	92,9 %	91,5 %
Spécialités régionales	87 %	86,2 %	83,3 %	87,7 %	83,3 %	88,3 %

Bon coup!

LA FORMATION MÉDICALE EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC

Le recrutement et la rétention de la main-d’œuvre médicale constituent l’un de nos principaux défis. Or, les avancées remarquables des dernières années au chapitre de la formation médicale offerte en Mauricie et au Centre-du-Québec ont contribué significativement à l’amélioration de la situation régionale.

La formation médicale décentralisée

Depuis 2007, les établissements de la région ont connu une augmentation appréciable du nombre de résidents et d’étudiants en externe qu’ils accueillent, soit près de 5 350 mois-stages effectués entre 2007 et 2012, correspondant à environ 2 300 étudiants au total.

Le Campus Mauricie

Depuis 2005, le centre hospitalier régional du CSSS de Trois-Rivières est reconnu à titre de campus de la Faculté de médecine de l’Université de Montréal, ce qui a permis, avec la collaboration de l’Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et du CSSS de l’Énergie, l’implantation du curriculum complet du programme de médecine dans la région.

Un pavillon du centre hospitalier régional du CSSS de Trois-Rivières est entièrement consacré à l’enseignement médical, deux unités de médecines familiales ont été créées à Trois-Rivières et Shawinigan et, enfin, une unité de médecine interne au CSSS de l’Énergie permet la supervision des étudiants dans ce domaine.

Soulignons en terminant que la qualité de la formation offerte au Campus Mauricie n’est plus à démontrer et que la cohorte 2010 des diplômés s’est classée au premier rang à l’examen du Conseil médical du Canada.

Impact sur le recrutement médical

Depuis 2004, la région a toujours réussi à atteindre les cibles de recrutement en omnipratique que lui avait fixées le ministre. Cependant, on assistait à un grand nombre de départs vers d’autres régions dès l’année suivante. Ainsi, de 2004 à 2006, 32 nouveaux facturants omnipraticiens ont quitté après une année de pratique dans la région. Or, le nombre de départs annuels a diminué de moitié de 2007 à 2012.

Alors qu’entre 1992 et 2006, le nombre de médecins avait augmenté de seulement 50 individus, passant de 377 à 447 (3 à 4 par année), de 2007 à 2012 le nombre de médecins omnipraticiens passait de 447 à 536 individus, pour une augmentation de 89 nouveaux omnipraticiens dans la région (17 à 20 par année).

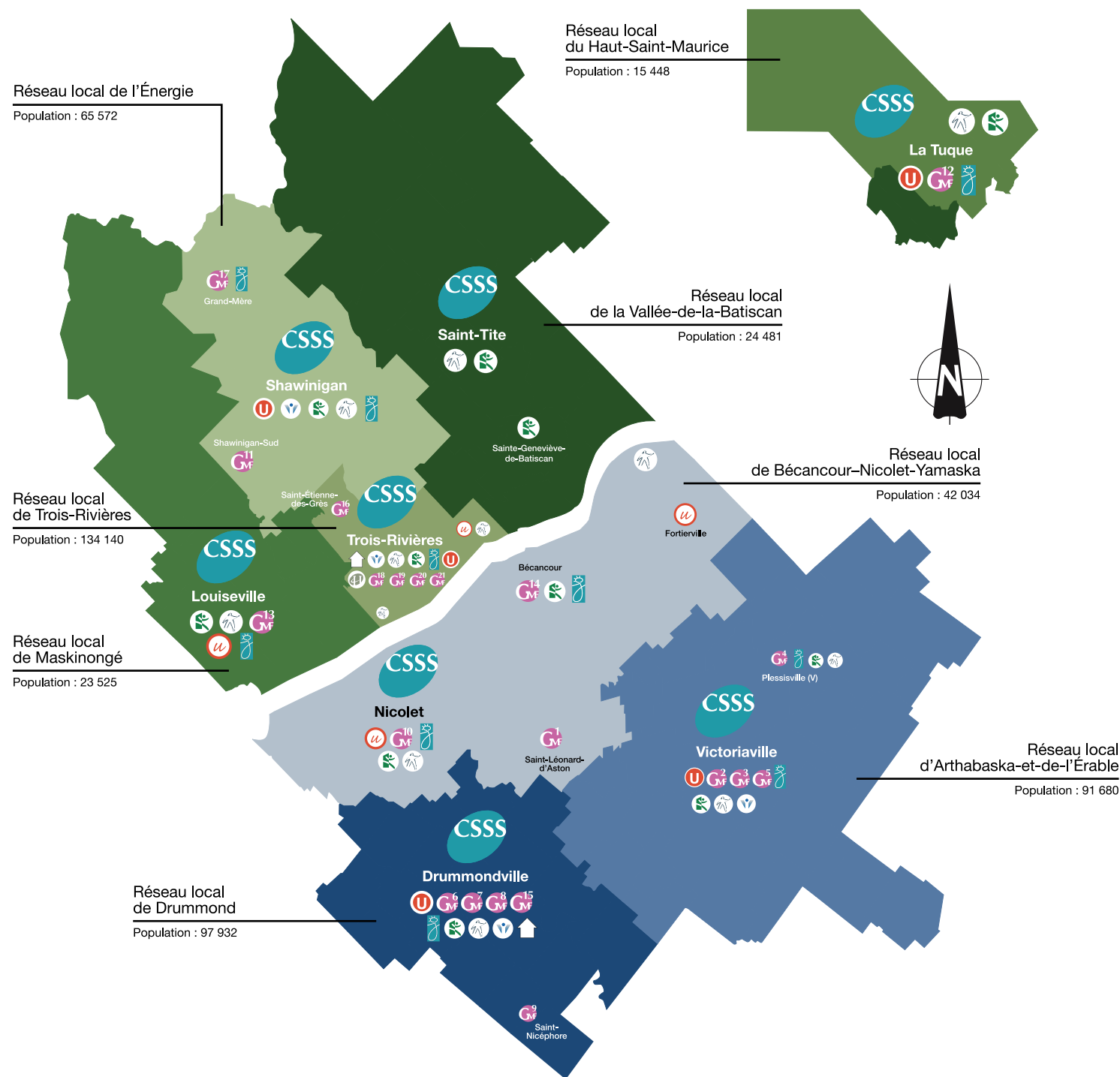
La présence de la structure d’enseignement décrite ci-haut est un des facteurs expliquant cette nouvelle performance; l’autre facteur étant assurément l’application des PREM en omnipratique selon la méthode utilisée depuis 2004.

■ LES ORGANISMES ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2012, les organismes et ressources qui complètent le réseau régional de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec sont :

- la Maison de naissance de la Rivière du CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska et ses points de service à Trois-Rivières et Victoriaville;
- les 169 ressources intermédiaires (RI) et 750 ressources de type familial (RTF) (total de 3 823 places accréditées au 7 janvier 2013), associées aux programmes-services Perte d'autonomie liée au vieillissement, Déficience intellectuelle, Déficience physique, Jeunes en difficulté et Santé mentale, auxquelles s'ajoutent 37 ressources de type autre (228 places, majoritairement en centre de réadaptation) pour un total de 956 ressources de tous types offrant 4 051 places;
- les 222 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- les 13 entreprises ambulancières;
- le Centre de communication santé (CCS) pour la réception et le traitement des appels d'urgence et l'affectation des ressources préhospitalières (ambulances et premiers répondants) couvrant la totalité de la région;
- les 22 groupes de médecine de famille (GMF), situés dans les districts sociosanitaires d'Arthabaska-et-de-l'Érable (4), Drummond (5), Nicolet-Yamaska (3), Maskinongé (1), Haut-Saint-Maurice (1), Centre-de-la-Mauricie (3), Vallée-de-la-Batiscan (1) et Trois-Rivières (4) auxquels s'ajoutent une quarantaine de cliniques médicales privées;
- les deux entreprises d'économie sociale et d'aide domestique;
- l'Infocentre et le le Technocentre régional;
- la Coopérative des services regroupés en approvisionnement (CSRA) de la Mauricie et du Centre-du-Québec, associée au Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec, suivant la fusion des regroupements d'achats de huit régions du Québec.

LA CARTE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC



Légende

Urgence	 Majeure	GMF 	Centre de santé et de services sociaux 
	 Mineure		
Établissements à mission régionale	 Centre hospitalier affilié universitaire régional	1 : GMF Saint-Léonard	 Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
	 Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	2 : GMF Bois-Francs 1	 Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
	 Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	3 : GMF Bois-Francs 2	 Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
	 Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec Institut universitaire	4 : GMF Bois-Francs 3	 Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
	 Centre de réadaptation Intervall	5 : GMF Bois-Francs 4	 Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
Agence de la santé et des services sociaux	 Agence de la santé et des services sociaux	6 : GMF Centre médical AJC	 Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska
		7 : GMF Centre de santé	 Centre de santé et de services sociaux Drummond
		8 : GMF Centre médical St-François	 Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
		9 : GMF Clinique médicale de St-Nicéphore	
		10 : GMF Clinique médicale de Nicolet	
		11 : GMF Clinique médicale de Shawinigan-Sud	
		12 : GMF du Haut-Saint-Maurice	
		13 : GMF clinique médicale St-Laurent	
		14 : GMF de la MRC de Bécancour	
		15 : GMF Centre Médical Drummond	
		16 : GMF Les Grès	
		17 : GMF Grand-Mère	
		18 : GMF de Trois-Rivières	
		19 : GMF-UMF de Trois-Rivières	
		20 : GMF Clinique de médecine familiale des Récollets	
		21 : GMF clinique médicale Ste-Madeleine	

Source : MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010

L'AGENCE

Section 3

LA MISSION

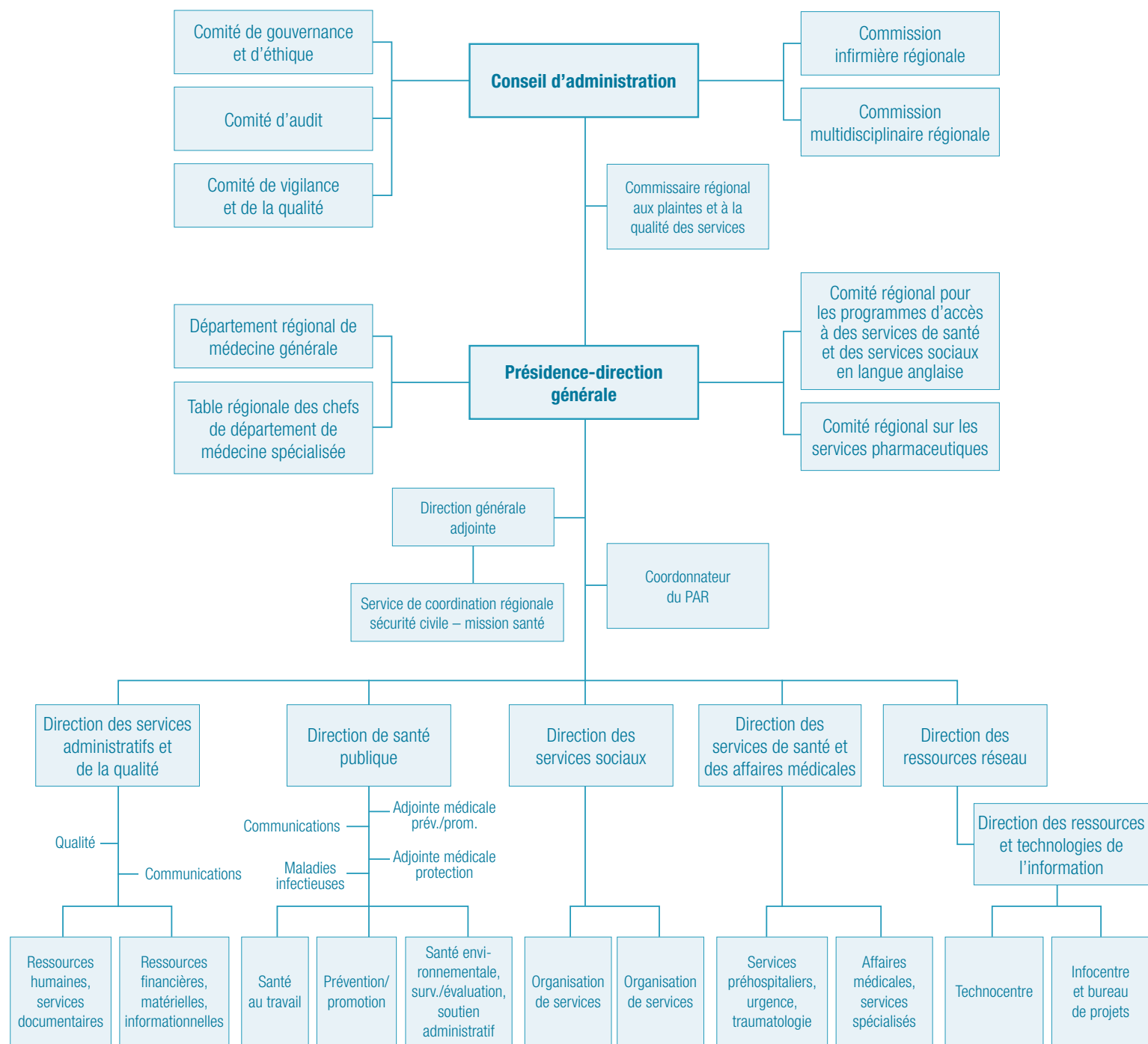
En association avec ses partenaires, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour mission de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de cette région sociosanitaire.

À cette fin :

- Elle assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et en est imputable au ministre.
- Elle porte une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats, et ce, dans une perspective populationnelle.
- Elle crée des conditions favorables à l'émergence de huit réseaux locaux de services performants au sein d'un réseau régional cohérent, à la responsabilité populationnelle et à la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.
- Elle exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Notamment, elle propose et convient, avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaires et institutionnels, de la contribution qu'elle attend d'eux dans le respect des responsabilités de chacun.
- Elle veille à un accès comparable à des services continus et de qualité dans les territoires.
- Elle assure la protection de la santé publique de la population de la région sociosanitaire et met en œuvre, en collaboration avec ses partenaires, des programmes de prévention et de promotion contribuant à l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population.

L'ORGANISATION

L'ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2012



LES RESSOURCES HUMAINES

Le plan d'organisation de l'Agence a été révisé en 2009. Les modifications apportées visaient essentiellement l'amélioration de l'encadrement afin de renforcer le soutien et la coordination du personnel et des fonctions de l'Agence. Ces changements ont été apportés dans le contexte où nous avons assisté à un accroissement des responsabilités des agences et de leur imputabilité.

Les attentes du Ministère à notre égard se sont précisées et accrues, notamment au chapitre :

- de la planification de la main-d'oeuvre et de la mise en oeuvre des stratégies qui s'y rattachent;
- de l'organisation des services médicaux de première ligne ou spécialisés (GMF, clinique-réseau, cliniques médicales spécialisées, coordination des services spécialisés), etc.;
- de la certification des ressources privées, telles que les résidences pour personnes âgées et les ressources en toxicomanie;

- de la prévention et de la gestion des infections nosocomiales;
- des standards et des mécanismes d'accès aux services (urgence, chirurgies, personnes âgées, personnes ayant une déficience, etc.);
- du cycle et des ententes de gestion;
- de la gouvernance des technologies de l'information.

Effectifs	2006-2007 (année de référence)	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Employés Équivalents temps complet (ETC)	152,8	155,4	161,8	168,4	161,2	163
Personnel d'encadrement	13	15	18	21	22	22

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le budget d'exploitation de l'Agence totalisait 10 930 416 \$ en 2011-2012. Plus de la moitié de ce budget est consacrée aux fonctions de santé publique (5 712 617 \$ en 2011-2012), alors que l'autre partie est affectée à la coordination du réseau.

En comparaison, le budget du réseau régional est passé de 767 988 089 \$ au 1^{er} avril 2007 à 971 318 446 \$ au 31 mars 2012, pour une augmentation de 26,5 %, alors que le budget d'exploitation de l'Agence a progressé de 6,8 % au cours de cette même période. La croissance enregistrée est principalement due à l'augmentation des coûts de systèmes salariaux. À partir de l'exercice 2010-2011, le budget d'exploitation de l'Agence a fait l'objet de réduction conformément aux efforts demandés dans l'application du projet de loi 100 visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette.

	2006-2007 (année de référence)	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Budget d'exploitation	10 229 845 \$	10 530 632 \$	10 933 351 \$	11 207 479 \$	11 131 802 \$	10 930 416 \$
Fonds activités accessoirs	155 784 \$	271 000 \$	121 300 \$	80 536 \$	81 000 \$	129 144 \$
Fonds d'activités régionalisées	3 264 975 \$	4 656 327 \$	4 545 276 \$	4 188 179 \$	4 988 530 \$	4 883 672 \$
Fonds affectés ¹	22 729 564 \$	24 792 164 \$	29 507 517 \$	30 167 211 \$	34 531 424 \$	37 208 674 \$

¹ Excluant les fonds Immobilisations et Équipements.

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La Direction des ressources informationnelles de l'Agence est responsable du bureau de projets, de l'Infocentre et du Technocentre régional.

Le bureau de projets soutient les établissements et l'Agence dans l'analyse, la planification et le suivi des projets en ressources informationnelles et du portefeuille régional de projets.

- L'Infocentre répond aux besoins de l'organisation en termes d'exploitation des données.
- Enfin, le Technocentre régional assure l'hébergement d'applications, de systèmes d'information et offre un soutien aux établissements ainsi qu'à plusieurs GMF de la région. Il répond à plus de 14 000 demandes d'assistance par année, portant principalement sur plus de 80 applications ou systèmes d'information (de nature clinique, clinico-administrative et

administrative). Il surveille et soutient les infrastructures (le réseau de télécommunications, les systèmes d'exploitation, les logiciels antivirus, les serveurs d'accès, etc.) 24 heures par jour. Le Technocentre se préoccupe également de la mise en place d'infrastructures de sécurité protégeant les données et les équipements régionaux.

LA COORDINATION DES PROGICIELS ADMINISTRATIFS RÉGIONAUX (PAR)

Les établissements et l'Agence se sont dotés, en 2006, de progiciels administratifs régionaux uniformes pour la région en matière de gestion financière, ressources humaines, paie et approvisionnement. De plus, nous avons réalisé une démarche visant à optimiser et à harmoniser nos processus de gestion en matière de ressources humaines et paie. Une telle uniformisation des progiciels administratifs facilite l'échange d'information entre les établissements et l'Agence. L'Agence, via le modèle de gouvernance régionale, soutient les établissements dans l'exploitation de ces progiciels, l'optimisation et l'harmonisation des processus et la gestion des contrats et des licences avec les fournisseurs des solutions informatiques.

LA SÉCURITÉ CIVILE – MISSION SANTÉ

L'Agence assure la coordination régionale en matière de sécurité civile – mission santé. Les plans d'intervention en situation d'urgence sont conçus en collaboration avec les directions générales des établissements et les partenaires intersectoriels regroupés au sein de l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC).

Les plans d'intervention concernent notamment les mesures d'urgence en lien avec la présence de la centrale nucléaire Gentilly-2, les situations relatives à des pandémies telle l'influenza, les phénomènes liés au climat (chaleur accablante, verglas, etc.) ainsi que le transport et l'entreposage de matières dangereuses.

LES MÉCANISMES D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION AVEC LA POPULATION

Suivant les changements introduits à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) en juin 2011, une démarche de réflexion sur les modalités permettant à l'Agence d'exercer ses responsabilités en matière d'information et de consultation auprès de la population a conduit à la décision de mettre fin aux activités du Forum de la population. Les outils et pratiques de communication de l'Agence ont aussi fait l'objet d'une révision.

Bon coup!

LE FORUM SUR LA COMMUNICATION DES RISQUES LIÉS AUX MATIÈRES DANGEREUSES

Après la publication du Rapport du directeur de santé publique sur les matières dangereuses en 2008, l'Agence a organisé, en avril 2011, un premier Forum sur la communication des risques liés aux matières dangereuses, auquel ont participé quelque 200 représentants des municipalités, industries et du milieu de la santé et des services sociaux de la région.

Les matières dangereuses à usage industriel ou utilisées pour les infrastructures sont présentes en quantité dans notre région. La communication des risques consiste à informer les citoyens de la nature des risques qui existent à proximité de leur lieu de résidence, à leur faire connaître les mesures qui sont prises pour éviter un accident et à les renseigner sur la façon de se protéger si un accident survenait.

Ce forum a ainsi constitué une occasion de créer une communauté d'intérêts autour d'une préoccupation citoyenne de façon à concilier les impératifs sociaux, économiques et environnementaux.

LE PROJET RÉGIONAL

Section 4

NOTRE AMBITION RÉGIONALE

Notre vision réfère à ce que les établissements, organismes et intervenants de la région veulent avoir réussi ensemble. Dit autrement, c'est le but ultime que nous poursuivons collectivement et qui constitue, de fait, la principale assise de notre planification stratégique régionale.

Cette vision régionale, notre ambition, ce à quoi nous aspirons, est en réalité portée depuis plusieurs années. Elle s'inscrit en continuité aux efforts déployés depuis le début des années 2000, tout en évoluant en fonction du contexte et du bilan des réalisations régionales et territoriales.

Pour l'horizon nous conduisant jusqu'en 2015, cette vision est décrite dans le Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec comme suit :

« En vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population de la région, agir en réseaux locaux performants au sein d'un réseau régional cohérent, qui assure à la population l'accès aux services le plus près possible de son milieu de vie. »

LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE RÉGIONALE 2010-2015

Le plan stratégique régional a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence puis approuvé officiellement par le ministre de la Santé et des Services sociaux le 20 décembre 2010.

Les quatre enjeux auxquels il vise à répondre sont :

- l'action concertée sur les déterminants et la réduction des inégalités de santé et de bien-être;
- l'accessibilité, la continuité et la hiérarchisation des services;
- la qualité et l'efficacité des services à la population;
- la gestion renouvelée des ressources humaines.

Dans un souci de cohérence et de concentration des efforts autour d'un nombre limité de priorités, mais dont la portée est déterminante par rapport aux enjeux identifiés, l'actualisation du plan stratégique régional se réalise à travers la mise en œuvre d'un premier plan d'action, couvrant la période 2011-2013, des plans d'action spécifiques à certains programmes-services et des planifications stratégiques des établissements. Un second plan d'action régional, couvrant la période 2013-2015, est en cours d'élaboration et s'actualisera notamment par la dynamique de gouvernance régionale et les engagements des établissements dans le cadre des ententes de gestion convenues avec l'Agence.

■ L'ÉVOLUTION DU MODÈLE RÉGIONAL

En novembre 2011, les directions générales de l'Agence et des établissements ont convenu d'une révision des mécanismes de coordination et de concertation en place. Ceci dans le but de soutenir la réalisation de la vision régionale, d'assurer le fonctionnement adéquat et cohérent des services cliniques et de soutien et enfin, d'appuyer une prise en charge efficace et efficiente des responsabilités et rôles respectifs des établissements et de l'Agence.

Le modèle régional de gouvernance reconnaît ainsi au Comité régional des directeurs généraux (CRDG), réunissant les directions de l'Agence et des établissements publics, deux grands rôles :

- Celui d'instance principale traitant des orientations stratégiques de la région.
- Celui de pivot et de catalyseur de la gouvernance régionale du réseau. À ce titre, le CRDG identifie et précise les mandats des principales tables de concertation régionales, en approuve les objectifs et en apprécie les résultats annuels. Ces résultats sont partagés avec les présidents des conseils d'administration des établissements et de l'Agence dans le cadre d'une des deux rencontres annuelles les réunissant avec les directeurs généraux et le président-directeur général de l'Agence.

Chacune des 12 tables régionales est formée des directeurs et directrices de tous les établissements concernés et de l'Agence. Relevant du CRDG, elles assurent la cohérence des actions et sont responsables de l'opérationnalisation de la vision et l'atteinte des résultats qui s'y rattachent. Ces tables regroupent les décideurs au plan fonctionnel et au plan des programmes-services.

Bon coup!

LE PLAN STRATÉGIQUE ET LA GOUVERNANCE DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Notre modèle de gouvernance s'articule notamment dans un chantier d'importance, soit le Plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI).

Le PSRRI 2010-2015 canalise nos efforts des prochaines années autour de la réalisation de projets structurants qui positionneront la région pour répondre aux nombreux défis en cours et à venir en ressources informationnelles. Les projets et mesures qu'il contient visent la circulation de l'information clinique et l'optimisation des infrastructures et des ressources en matière de systèmes et technologies de l'information, articulée autour de la vision suivante :

« Créer un réseau régional performant, qui respecte à la fois les particularités des établissements et l'atteinte d'une organisation régionale cohérente et intégrée, en maximisant la valeur ajoutée des ressources informationnelles dans la prestation de soins et de services. »

La démarche d'élaboration du PSRRI se distingue par le fait qu'elle a été menée en concertation et avec la participation de l'ensemble des directeurs généraux des établissements. Aussi, pour assurer la mise en œuvre de ce plan stratégique, la structure régionale de gouvernance des ressources informationnelles, en toute cohérence avec le modèle général, identifie le CRDG comme principale instance de coordination.

LA STRATÉGIE RÉGIONALE D'OPTIMISATION

La démarche régionale d'optimisation élaborée par l'Agence de concert avec les établissements constitue l'un des moyens privilégiés pour réaliser la vision sous-jacente à la planification stratégique régionale et s'inscrit dans une quête d'amélioration continue de la performance du réseau. Elle se concrétise dans une combinaison d'actions locales, sous-régionales et régionales.

L'Agence et les établissements de la région se sont associés avec la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'UQTR pour soutenir l'implantation et le développement d'une culture de gestion de la performance dans le réseau.

Plus de 70 projets d'optimisation ont été réalisés par les établissements en 2011-2012, dont la moitié avec la collaboration de l'UQTR. Vingt-quatre de ces projets ont notamment été réalisés par autant de gestionnaires inscrits au programme court de formation de 2^e cycle dispensé depuis janvier 2011. Ces projets ont été autorisés et soutenus par la direction générale des établissements concernés.

S'ajoutent aux projets des établissements, certains grands projets régionaux, dont :

- *Les progiciels administratifs régionaux.* Tous les établissements et l'Agence utilisent les mêmes progiciels administratifs pour les services de paie, ressources humaines, ressources financières et approvisionnement. Durant l'année 2010-2011, l'Agence a mis en place une structure de coordination régionale favorisant l'optimisation et l'harmonisation des processus administratifs qui y sont reliés.
- *La gestion des ressources informationnelles.* Un cadre de gestion permettant de formaliser et d'harmoniser la gestion des projets en ressources informationnelles a été adopté. Cet outil favorise une gestion cohérente et efficiente des ressources informationnelles et la priorisation des choix d'investissements en cohérence avec les orientations de la planification stratégique régionale.
- *Les services de buanderie.* Depuis 2008-2009, des travaux d'optimisation des processus ont été menés par les directions des services techniques des établissements, sous l'impulsion de l'Agence. Sans regroupement ni fermeture de service, ces travaux ont entraîné une augmentation de la productivité des services de buanderie de la région, qui se situent dorénavant parmi les plus performants au Québec.
- *La gestion intégrée des maladies chroniques.* Depuis 2008-2009, ce dossier constitue une priorité régionale, compte tenu de la croissance fulgurante des maladies chroniques et de leur impact, tant sur la santé et les conditions de vie des personnes concernées que sur les services d'urgence et d'hospitalisation.
- *Le déploiement de la réponse 24/7 du service régional Info-Social.* Des travaux d'élargissement et de consolidation de ce service de consultation téléphonique ont permis un rapprochement des services d'urgence sociale du Centre jeunesse et du service régional Info-Social et une fluidité accrue dans les interactions des établissements et de leurs principaux partenaires (services policiers, centres de prévention du suicide) en réponse aux situations de crise.

Bon coup!

LA CRÉATION D'UN NOUVEL ÉTABLISSEMENT À TROIS-RIVIÈRES

Le 1^{er} avril 2011, l'émission des lettres patentes confirmait la création du CSSS de Trois-Rivières, issu de la fusion du CHRTR et de l'ancien CSSS de Trois-Rivières. C'est à l'invitation de l'Agence que les conseils d'administration des deux anciens établissements ont décidé de regrouper leurs organisations dans le but d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et services offerts à la population

LES RESSOURCES RÉSEAU

Section 5

LES RESSOURCES HUMAINES

L'ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Le phénomène de rareté de la main-d'œuvre et la concurrence qui en découle prennent de l'ampleur dans plusieurs secteurs d'activités. Notre réseau n'échappe pas à cette réalité. Les enjeux de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre nous incitent à nous doter de stratégies misant sur le caractère attractif des organisations et sur le facteur déterminant qu'est la qualité de vie au travail.

L'élaboration du plan régional de main-d'œuvre permet de dresser un état de situation, de cibler les points problématiques, d'aider à la prise de décision et à la planification des actions. Le plan s'attarde principalement aux professions considérées comme étant en difficulté de recrutement.

Effectifs des établissements du réseau régional - Nombre de cadres et de salariés au 31 mars

	2007 (année de référence)	2008	2009	2010	2011	2012
Cadres	687	669	764	607	665	634
Salariés	15 125	14 198	15 949	14 901	15 222	15 505
Total	15 812	14 867	16 713	15 508	15 887	16 139
Nbre salariés / par cadre	22 salariés par cadre	21 salariés par cadre	21 salariés par cadre	25 salariés par cadre	23 salariés par cadre	24 salariés par cadre

Effectifs des établissements du réseau régional - Nombre d'employés
(cadres et de salariés au 31 mars, par statut d'emploi)

	2007 (année de référence)	2008	2009	2010	2011	2012
Temps complet régulier	6 929	6 968	7 661	7 078	7 184	7 297
Temps partiel régulier	3 998	3 748	4 155	4 051	4 288	4 296
Sous-total	10 927	10 716	11 816	11 129	11 472	11 593
Temps partiel occasionnel	4 885	4 151	4 897	4 379	4 415	4 546
Total	15 812	14 867	16 713	15 508	15 887	16 139

■ LA STRATÉGIE D'ACTION RÉGIONALE EN MAIN-D'ŒUVRE

Depuis 2007-2008, la stratégie d'action régionale en main-d'œuvre identifie des actions concrètes et novatrices, aux plans local et régional, nous permettant de relever les défis d'attraction et de fidélisation du personnel, d'organisation du travail ainsi que de la promotion des professions et des emplois. L'Agence et les établissements assurent, en concertation, sa mise en œuvre.

Plusieurs actions portent sur la mobilisation des ressources humaines et la reconnaissance. Certaines pratiques de gestion des ressources humaines font aussi l'objet d'une révision, afin de favoriser l'attractivité de nos organisations et de maximiser la présence au travail.

LA PROMOTION, LE RECRUTEMENT ET LA RÉTENTION

- Les activités de promotion réalisées par l'Agence, en collaboration avec les établissements, occupent une place importante au cœur de la stratégie d'action régionale. Parmi les différents projets, soulignons : le Salon des carrières et professions en santé et services sociaux, les campagnes et différents outils de promotion, dont un site Internet régional pour le recrutement de main-d'œuvre et le plan de communication régional.
- Par ailleurs, beaucoup d'efforts ont été investis au cours des dernières années au chapitre de la coordination des stages et de l'externat. Les établissements de la région ont embauché 97 externes en soins infirmiers, laboratoire et inhalothérapie alors que le nombre d'externes était seulement de 6 en 2007-2008. En 2012-2013, un taux de rétention de 97 % a été enregistré.
- Aussi, la structure régionale de coordination favorise les liens entre les partenaires et a permis d'accroître le nombre de milieux de stages disponibles. De plus, la région s'est dotée d'un outil de gestion des stages en soins infirmiers, utilisé par tous les partenaires. Cet outil facilite la conciliation de la demande et de l'offre de stages ainsi que le processus de placement des stagiaires.

LE DÉVELOPPEMENT, LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES ET LA RELÈVE

- On constate aussi que la volonté d'améliorer leurs compétences de gestion est manifeste chez les gestionnaires. L'Agence a ainsi soutenu un programme de formation et d'habilitation du personnel d'encadrement développé par HEC Montréal et portant sur l'exercice du rôle et des responsabilités des cadres.
- Depuis les débuts du Programme régional de relève des cadres en 2004, 17 groupes ont entrepris l'un ou l'autre des programmes en gestion et développement des organisations dans la région. Au total 445 candidats ont évolué dans les programmes de formation de la relève des cadres.
- De ce nombre, plus de 80 % sont des gens issus des milieux cliniques auxquels des bases en gestion leur sont offertes. En ce qui concerne le Programme national de relève des cadres supérieurs, la région a soumis 5 candidats dans les 2 premières cohortes. Le Programme de relève des directeurs généraux et directeurs généraux adjoints a pour sa part formé 8 candidats issus de notre région dans les 5 cohortes depuis 2008-2009.

L'ORGANISATION DU TRAVAIL

- La révision continue des processus de travail et le développement des pratiques professionnelles constituent des pistes de solutions concrètes pour améliorer les conditions d'exercice et réduire l'impact du manque de disponibilité de la main-d'œuvre sur la dispensation des services. Par conséquent, l'Agence poursuit différentes initiatives favorisant le transfert et le partage des connaissances entre les milieux de pratique, dont le Programme de transfert interétablissements et le développement de la formation par apprentissage virtuel (*E-Learning*).
- Aussi, les établissements ont réalisé plusieurs projets d'organisation du travail ces dernières années, dont le projet sur les systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) dans les établissements de santé. Débuté en 2007, ce projet vise à réduire l'impact des pénuries en soins infirmiers et en pharmacie et à sécuriser le circuit du médicament.
- Enfin, l'introduction des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) et le partenariat développé entre les secteurs de l'éducation et de la santé constituent des mesures prometteuses en terme de développement des pratiques.

LA GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL — PRINCIPAUX INDICATEURS

L'Agence assure un monitoring continu de ces indicateurs et une liaison constante avec les directions des ressources humaines des établissements. On constate ainsi une interdépendance étroite entre le recours au temps supplémentaire, à la présence au travail et à la disponibilité limitée de la main-d'œuvre dans certaines disciplines.

LE RATIO D'ASSURANCE SALAIRE

Plusieurs facteurs influencent l'évolution de cet indicateur. En dépit d'une gestion rigoureuse, on constate, à l'instar de la tendance provinciale, une augmentation générale du recours à l'assurance salaire, due au cumul de plusieurs problématiques différentes : lourdeur des cas, nombre de cas, pénurie de main-d'œuvre, disponibilité des médecins, etc.

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Heures d'assurance salaire / heures travaillées	5,93	5,88	5,26	5,73	5,95
Cible	5,83	5,80	5,77	5,23	5,19

LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

Devant l'important défi des établissements à répondre adéquatement à la demande d'effectifs tout en maintenant la performance requise, l'utilisation du temps supplémentaire et de la main-d'œuvre indépendante constituent des mesures de dernier recours, permettant d'éviter des ruptures de services.

% heures supplémentaires travaillées ¹	2010-2011	2011-2012
Infirmières	5,52	5,45
Cible	5,08	4,96

Ensemble du personnel du réseau	3,39	3,56
Cible	3,16	3,10

¹ Indicateur introduit en 2010-2011

% heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées ¹	2010-2011	2011-2012
Infirmières	0,73	0,44
Infirmières auxiliaires	0,29	0,44
Préposés aux bénéficiaires	0,09	0,27

¹ Indicateur introduit en 2010-2011

Bon coup!

LE PROJET ÉDUCATION-SANTÉ

Depuis 2008-2009, par le biais du projet Éducation-Santé, se concrétise un partenariat régional entre l'Agence, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et Emploi-Québec visant à améliorer l'adéquation entre l'offre de formation et les besoins de main-d'œuvre dans nos établissements, en particulier pour les titres d'emploi en difficulté de recrutement. Deux chargées de projets (l'une en Mauricie, l'autre au Centre-du-Québec) soutiennent ainsi plusieurs démarches de concertation entre les établissements, les milieux d'enseignement et le secteur de l'emploi.

Entre autres retombées, on constate notamment une augmentation des cohortes d'étudiants dans certains programmes de formation, une meilleure connaissance des facteurs qui influencent le choix d'un employeur par les finissants des programmes en santé et services sociaux et l'identification de pistes de solutions à la planification et à la gestion des stages en santé et services sociaux. Grâce au projet, notons aussi l'implantation de programmes pour répondre aux besoins émergents (ex. : technique en radiodiagnostic, orthophonie, ergothérapie) et l'adaptation des programmes de formation aux nouvelles pratiques d'organisation du travail (ex. : préposé aux bénéficiaires, thérapie intraveineuse).

Bon coup!

LE SALON DES CARRIÈRES ET PROFESSIONS EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Le Salon annuel des carrières et professions constitue l'événement phare de la stratégie d'action régionale de promotion auprès des jeunes. Environ 10 000 visiteurs (en majorité des élèves de 3^e, 4^e et 5^e secondaire) participent annuellement aux salons (l'un en Mauricie, l'autre au Centre-du-Québec). Les jeunes ont la possibilité d'expérimenter plus de 25 métiers ou professions de la santé et des services sociaux, au contact de professionnels et d'enseignants de différents domaines. Ces jeunes auront bientôt un choix de carrière à faire et deviendront possiblement nos futurs employés.

Ce projet constitue aussi une grande réussite au chapitre de la concertation qu'il suscite entre l'Agence, les directions des ressources humaines des établissements et le milieu de l'éducation.

LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU

L'ÉVOLUTION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE

Au cours des années 2007-2008 à 2011-2012, le financement net a connu une croissance de plus de 26 %, passant de 815,6 M\$ à 971,3 M\$. Les ajouts budgétaires comprennent les différentes indexations, ajustements salariaux, équité salariale ainsi que les budgets de développement et de réallocation attribués à la région. Les taux de croissance tenant compte également des réductions de dépenses dues aux différentes mesures liées à l'application du projet de loi 100 visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette de même qu'à la recherche d'optimisation.

Évolution de l'enveloppe régionale 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2012
Budget net exercice courant - colonne révisée

Type d'établissements	2006-2007 (année de référence)	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
CSSS	494 899 908 \$	525 527 986 \$	562 333 832 \$	586 401 090 \$	602 234 808 \$	811 484 119 \$
CH	140 920 259 \$	149 995 387 \$	158 608 651 \$	166 881 915 \$	171 285 107 \$	-
Réadaptation	68 605 335 \$	72 551 005 \$	75 879 886 \$	80 309 978 \$	82 797 367 \$	83 832 295 \$
Centre jeunesse	47 689 795 \$	50 926 076 \$	54 180 535 \$	56 143 874 \$	56 854 995 \$	58 170 298 \$
Établissements privés conventionnés	5 642 947 \$	6 098 246 \$	6 710 741 \$	6 594 589 \$	6 583 515 \$	6 901 318 \$
Agence	10 229 845 \$	10 530 632 \$	10 933 351 \$	11 207 479 \$	11 131 802 \$	10 930 416 \$
Total	767 988 089 \$	815 629 332 \$	868 646 996 \$	907 538 925 \$	930 887 594 \$	971 318 446 \$
		6,2 %	6,5 %	4,5 %	2,6 %	4,3 %

Progression totale 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2012 : 26,5 %

L'ÉVOLUTION DES SURPLUS (ET DÉFICITS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS)

Évolution des surplus et (déficits) cumulés des établissements publics

PAR MISSION	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Centres hospitaliers ¹	(23 795 245 \$)	(17 104 125 \$)	(16 123 533 \$)	(568 897 \$)	-
Centres de santé et de services sociaux	(12 621 155 \$)	(18 350 356 \$)	(19 188 199 \$)	(4 947 342 \$)	(1 277 276 \$)
Centre jeunesse	(314 861 \$)	(208 016 \$)	(508 910 \$)	(192 335 \$)	47 986 \$
Centres de réadaptation	1 964 543 \$	2 163 244 \$	3 580 797 \$	3 699 634 \$	1 567 854 \$

Établissements ayant des surplus cumulés ou en équilibre

Nombre	8	8	7	9	11
Montant	5 365 735 \$	5 035 035 \$	7 262 292 \$	8 854 801 \$	8 346 844 \$

Établissements ayant des déficits cumulés

Nombre	5	5	6	4	1
Montant	(40 132 453 \$)	(38 534 288 \$)	(39 502 137 \$)	(10 863 741 \$)	(8 008 280 \$)
Cible déficitaire autorisée	(25 172 050 \$)	(28 700 525 \$)	(32 228 600 \$)	(9 702 756 \$)	(9 702 756 \$)

PAR ÉTABLISSEMENT	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Centre hospitalier					
CH régional de Trois-Rivières ¹	(23 795 245 \$)	(17 104 125 \$)	(16 123 533 \$)	(568 897 \$)	-
Centres de santé et de services sociaux					
CSSS du Haut-St-Maurice	150 030 \$	263 359 \$	607 873 \$	664 059 \$	1 210 509 \$
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	979 112 \$	751 106 \$	1 449 135 \$	2 040 796 \$	2 270 756 \$
CSSS de l'Énergie	(2 182 388 \$)	(2 808 269 \$)	(1 520 519 \$)	628 610 \$	662 109 \$
CSSS de Maskinongé	885 588 \$	596 479 \$	(44 672 \$)	107 575 \$	516 928 \$
CSSS de Trois-Rivières ¹	984 904 \$	956 547 \$	1 307 659 \$	1 383 985 \$	962 277 \$
CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska	401 558 \$	304 300 \$	316 828 \$	330 142 \$	343 573 \$
CSSS Drummond	(1 416 216 \$)	(2 143 594 \$)	(1 768 881 \$)	(399 753 \$)	764 852 \$
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	(12 423 743 \$)	(16 270 284 \$)	(19 535 622 \$)	(9 702 756 \$)	(8 008 280 \$)
Cible déficitaire régionale (CSSS AÉ)	(12 423 743 \$)	(16 270 284 \$)	(19 535 622 \$)	(9 702 756 \$)	(9 702 756 \$)
	(12 621 155 \$)	(18 350 356 \$)	(19 188 199 \$)	(4 947 342 \$)	(1 277 276 \$)
Centre jeunesse					
Centre jeunesse MCQ	(314 861 \$)	(208 016 \$)	(508 910 \$)	(192 335 \$)	47 986 \$
Centres de réadaptation					
Domrémy MCQ	391 102 \$	295 236 \$	320 830 \$	326 565 \$	192 955 \$
CR InterVal	417 522 \$	572 813 \$	1 663 251 \$	1 699 055 \$	753 686 \$
CRDITED MCQ - IU	1 155 919 \$	1 295 195 \$	1 596 716 \$	1 674 014 \$	621 213 \$
	1 964 543 \$	2 163 244 \$	3 580 797 \$	3 699 634 \$	1 567 854 \$

¹ CHRTR et CSSS TR fusionnés en 2011-2012

LES AUTORISATIONS D’EMPRUNTS ACCORDÉES AUX ÉTABLISSEMENTS

Évolution des emprunts autorisés 2007-2008 à 2011-2012

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Fonctionnement					
Déficits					
Équilibre budgétaire	30 893 000 \$	30 159 000 \$	28 806 000 \$	32 815 000 \$	25 200 000 \$
Traitement différé	187 000 \$	241 000 \$	194 000 \$	185 000 \$	400 000 \$
Tierce responsabilité					
Ajustement régional					
Autofinancement désins. St-Julien	1 300 000 \$				
Sous-total	32 380 000 \$	30 400 000 \$	29 000 000 \$	33 000 000 \$	25 600 000 \$
Reliés aux dépenses en immobilisations					
Projets autofinancés	750 476 \$	467 686 \$	1 750 679 \$	1 675 307 \$	1 210 795 \$
Projets autofinancés en économie d'énergie			11 628 566 \$	14 934 656 \$	16 173 382 \$
Projets autofinancés par les activités accessoires	753 277 \$	449 820 \$			
Sous-total	1 503 753 \$	917 506 \$	13 379 245 \$	16 609 963 \$	17 384 177 \$
Total	33 883 753 \$	31 317 506 \$	42 379 245 \$	49 609 963 \$	42 984 177 \$

Emprunts au 31 mars 2012

	Emprunts autorisés	Emprunts utilisés	Marge disponible
Fonctionnement			
Déficits	-		
Équilibre budgétaire	25 200 000 \$	10 899 755 \$	14 300 245 \$
Traitement différé	400 000 \$	-	400 000 \$
Tierce responsabilité	-	-	-
Ajustement régional	-	-	-
Autofinancement désins. St-Julien	-	-	-
Sous-total	25 600 000 \$	10 899 755 \$	14 700 245 \$
Reliés aux dépenses en immobilisations			
Projets autofinancés	1 210 795 \$	543 769 \$	667 026 \$
Projets autofinancés en économie d'énergie	16 173 382 \$	8 881 668 \$	7 291 714 \$
Projets autofinancés par les activités accessoires	-	-	-
Sous-total	17 384 177 \$	9 425 437 \$	7 958 740 \$
Total	42 984 177 \$	20 325 192 \$	22 658 985 \$

LE BILAN D'APPLICATION DE LA LOI METTANT EN ŒUVRE CERTAINES DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET DU 30 MARS 2010 ET VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN 2013-2014 ET LA RÉDUCTION DE LA DETTE

Cette loi établit l'objectif de réduire de 10 %, d'ici le 31 mars 2014, les dépenses de fonctionnement de nature administrative constatées en 2009-2010. Les mesures ciblées par le gouvernement pour y arriver portent entre autres sur la réduction de la taille des effectifs du personnel administratif et d'encadrement et sur la réduction de 25 % des dépenses de déplacement, de formation et de publicité.

L'Agence et les établissements ont soumis un plan d'action régional pour l'atteinte de ces cibles et le tableau plus bas indique les résultats de l'exercice financier. Globalement, la région atteint les cibles sur tous les aspects visés par ces mesures.

Suivi loi 100	Suivi global des cibles pour l'équilibre budgétaire		Suivi de la réduction des effectifs			
	Total des cibles 2010-2014	Total des cibles 2011-2012	Heures 09-10 selon le AS-471	Heures 11-12 selon les établissements	Cible 11-12 (MSSS)	Écart 2009-2010 vs 2011-2012 (favorable) défavorable
Domrémy	71 000 \$	52 592 \$	30 520 h	28 805 h	-283 h	-1 715 h
InterVal	205 000 \$	158 148 \$	60 932 h	59 893 h	-849 h	-1 039 h
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	232 000 \$	173 969 \$	144 301 h	141 811 h	-1 192 h	-2 490 h
CSSS Haut-Saint-Maurice	275 000 \$	201 539 \$	149 059 h	145 988 h	-1 297 h	-3 071 h
CSSS Maskinongé	295 000 \$	179 833 \$	147 509 h	141 265 h	-1 346 h	-6 244 h
CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska	470 000 \$	283 732 \$	269 105 h	254 698 h	-2 018 h	-14 407 h
CRDITED	519 000 \$	399 119 \$	129 952 h	126 610 h	-2 363 h	-3 342 h
Centre jeunesse	651 000 \$	416 863 \$	202 479 h	177 869 h	-2 559 h	-24 610 h
Agence	753 326 \$	136 874 \$	136 874 h	121 208 h	-3 758 h	-15 666 h
CSSS Drummond	895 000 \$	704 051 \$	515 293 h	511 195 h	-4 064 h	-4 098 h

Suivi global des cibles pour l'équilibre budgétaire			Suivi de la réduction des effectifs			
Suivi loi 100	Total des cibles 2010-2014	Total des cibles 2011-2012	Heures 09-10 selon le AS-471	Heures 11-12 selon les établissements	Cible 11-12 (MSSS)	Écart 2009-2010 vs 2011-2012 (favorable) défavorable
CSSS Arthabaska-Érable	934 000 \$	711 885 \$	625 152 h	603 747 h	-5 131 h	-21 405 h
CSSS Énergie	960 000 \$	631 056 \$	563 076 h	551 684 h	-4 626 h	-11 392 h
CSSS TR fusionné	1 931 000 \$	1 385 213 \$	1 130 490 h	1 122 263 h	-8 417 h	-8 227 h
TOTAL	8 191 326 \$	5 434 874 \$	4 104 742 h	3 987 036 h	-37 903 h	-117 706 h
			Cible atteinte			

Suivi de la diminution des frais administratifs				
Suivi loi 100	Dépenses selon le AS-471 2009-2010 et l'information donnée de l'établissement	Dépenses maximales acceptées 75 %	Réel au 31 mars 2012	Écart (favorable) défavorable
Domrémy	84 146 \$	63 110 \$	38 210 \$	24 900 \$
InterVal	237 564 \$	178 173 \$	167 013 \$	11 160 \$
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	134 037 \$	100 528 \$	82 043 \$	18 485 \$
CSSS Haut-Saint-Maurice	135 579 \$	101 685 \$	73 085 \$	28 600 \$
CSSS Maskinongé	126 800 \$	95 100 \$	82 917 \$	12 183 \$
CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska	191 050 \$	143 288 \$	106 193 \$	37 095 \$
CRDITED	546 064 \$	409 549 \$	365 377 \$	44 172 \$
Centre jeunesse	389 658 \$	292 244 \$	229 059 \$	63 185 \$
Agence	452 557 \$	339 418 \$	250 002 \$	89 416 \$
CSSS Drummond	297 949 \$	223 462 \$	204 444 \$	19 018 \$
CSSS Arthabaska-Érable	420 518 \$	315 389 \$	293 234 \$	22 155 \$
CSSS Énergie	322 873 \$	242 155 \$	236 506 \$	5 649 \$
CSSS TR fusionné	631 837 \$	466 383 \$	464 670 \$	1 713 \$
TOTAL	3 970 632 \$	2 970 484 \$	2 592 753 \$	377 731 \$
		Cible atteinte		

LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET IMMOBILIÈRES

LES IMMOBILISATIONS

Pour dispenser les services de santé et les services sociaux à l'ensemble de la population, notre région dispose d'un parc immobilier qui compte plus de 60 installations dont la valeur immobilière excède 1,3 milliard. On compte également 121 installations en location ainsi que deux installations privées conventionnées.

Au cours des cinq dernières années, le parc immobilier du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec a bénéficié d'investissements considérables permettant de maintenir l'intégrité physique des installations existantes et d'adapter celles-ci en fonction des besoins de la clientèle. Des travaux importants ont aussi été réalisés afin d'améliorer la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD.

Le maintien d'actifs, la rénovation fonctionnelle en CHSLD et la rénovation fonctionnelle dédiée aux autres installations que celles de type CHSLD sont les programmes réguliers permettant de réaliser ces différentes interventions. Le tableau ci-dessous présente les crédits obtenus au cours des cinq dernières années (2007-2008 à 2011-2012).

Crédits obtenus 2007-2008 à 2011-2012

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Maintien d'actifs	12,9 M\$	18,3 M\$ ¹	16,5 M\$	16,9 M\$	17,2 M\$
Rénovation fonctionnelle	3,8 M\$	6,3 M\$	5,5 M\$	5,7 M\$	5,5 M\$
Rénovation fonctionnelle en CHSLD	17 M\$ ²	4,7 M\$ ³	2,4 M\$	2,3 M\$	2,3 M\$
Résorption du déficit d'entretien			11,3 M\$		

¹ Pour 2008-2009, l'enveloppe de maintien d'actifs a bénéficié d'un montant additionnel d'environ 2,2 M\$ (montant résiduel de 2007-2008).

² Pour l'enveloppe en rénovation fonctionnelle en CHSLD, il arrive que le montant accordé combine plus d'une année financière. Le montant de 17 M\$ inscrit en 2007-2008 fait plutôt référence à des investissements confirmés tardivement en 2006-2007 (7 M\$ - projets régionalisés et 10 M\$ - projets centralisés).

³ Pour 2008-2009, le montant de 4,7 M\$ englobe les enveloppes de l'année 2007-2008 et de l'année 2008-2009.

Au chapitre du maintien d'actifs, mentionnons que le financement a progressé de manière importante au cours des dernières années (2,3 M\$ en 2003-2004 à 17,1 M\$ en 2011-2012). Cette augmentation progressive des investissements ainsi que l'ajout pour l'année 2009-2010 d'une enveloppe spéciale de 11,3 M\$ destinée à la résorption du déficit d'entretien permet d'offrir aux usagers des établissements de la région des locaux confortables et sécuritaires.

D'autres travaux immobiliers liés à des priorités régionales et nationales ont également amené la région à bien se positionner dans certains dossiers particuliers. Mentionnons notamment, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, le système d'automatisation et de robotisation pour la distribution des médicaments, l'économie d'énergie et l'enseignement médical. C'est ainsi qu'au chapitre de l'enseignement médical, la région peut compter sur deux unités de médecine familiale (Shawinigan et Trois-Rivières), une faculté de médecine (Trois-Rivières) et disposera dès juillet 2013 d'une nouvelle unité de médecine familiale à Drummondville.

Enfin, d'autres sources de financement (fondations, emprunts pour les projets autofinancés, plan quinquennal d'investissements du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), etc.) ont permis de réaliser ou d'amorcer l'actualisation de projets immobiliers de grande envergure.

Principales interventions en immobilisations réalisées (2007-2008 à 2011-2012) ou dont la réalisation est imminente (un avis favorable de reconnaissance du besoin a été obtenu)

Établissement	Projets	Montant
CSSS du Haut-Saint-Maurice	Îlot prothétique et îlot spécifique de type 1	1 M\$
	Agrandissement, réaménagement (point de service de Parent)	0,6 M\$
	Réaménagement de l'urgence et du bloc opératoire	1 M\$
	Réaménagement du groupe de médecine familiale	1,6 M\$
	Agrandissement, réaménagement (CSSS du Haut Saint-Maurice)	11,4 M\$
	Projet autofinancé par les économies d'énergie	3,2 M\$

Établissement	Projets	Montant
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	Agrandissement, réaménagement du Centre Multiservices Centre d'accueil St-Narcisse	2,0 M\$
	Agrandissement, réaménagement du Centre Multiservices Foyer de La Pérade	2,7 M\$
CSSS de l'Énergie	Aménagement de la résonance magnétique (Hôpital du Centre-de-la-Mauricie)	3,1 M\$
	Unité de médecine familiale (Centre de formation et de services)	1,6 M\$
	Réaménagement de la stérilisation (Hôpital du Centre-de-la-Mauricie)	1,5 M\$
	Réaménagement et amélioration du milieu de vie (Centre d'hébergement Lafèche)	6,9 M\$
	Agrandissement, réaménagement du centre ambulatoire (Hôpital du Centre-de-la-Mauricie)	27,9 M\$
	Agrandissement, réaménagement de l'urgence (Hôpital du Centre-de-la-Mauricie)	34,3 M\$
	Projet autofinancé par les économies d'énergie	5,5 M\$
CSSS de Trois-Rivières	Implantation d'une unité de soins au 1 ^{er} étage de l'aile D (Pavillon Ste-Marie)	1,2 M\$
	TEP Scan (Pavillon Ste-Marie)	4,4 M\$
	Travaux d'aménagement en radio-oncologie (Pavillon Ste-Marie)	2,5 M\$
	Réaménagement des soins néonataux (Pavillon Ste-Marie)	0,8 M\$
	Unité de décision clinique (Pavillon Ste-Marie)	1,5 M\$
	Agrandissement de 18 chambres et réaménagement salles de bain (Résidence Cooke)	1,8 M\$
	Agrandissement de l'aile B (Résidence Cooke)	4,8 M\$
	Faculté de médecine (Pavillon Ste-Marie)	11,0 M\$
	Réhabilitation du Centre Cloutier-du Rivage et réaménagement temporaire au Pavillon St-Joseph	14,7 M\$
	Redéploiement des services (phase 2) (Pavillon Ste-Marie)	51,5 M\$
	Construction d'un CHSLD de 160 lits (Centre d'hébergement Roland-Leclerc)	29,4 M\$
	Projet autofinancé par les économies d'énergie	18,0 M\$
CSSS de Maskinongé	Réaménagement (Résidence Avellin-Dalcourt)	1,6 M\$
	Agrandissement, réaménagement (Résidence Avellin-Dalcourt)	17,5 M\$
CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska	Aménagement des chambres et salles de toilettes des résidents (Centre d'hébergement de Fortierville)	1,7 M\$
	Agrandissement, réaménagement (CLSC de Fortierville)	5,6 M\$
	Réaménagement (Centre d'hébergement Lucien-Shooner)	2,8 M\$
	Agrandissement, réaménagement (Centre d'hébergement Romain-Becquet)	2 M\$
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Réorganisation des services alimentaires (Centre d'hébergement du Roseau)	4,8 M\$
	Agrandissement, réaménagement - oncologie et pédiatrie (Hôtel-Dieu d'Arthabaska)	4,5 M\$
	Réaménagement de chambres avec toilettes adaptées (Centre d'hébergement du Roseau)	3,7 M\$
	Agrandissement, réaménagement (CLSC de l'Érable et Centre d'hébergement du Tilleul)	3,7 M\$

Établissement	Projets	Montant
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable (suite)	Réaménagement (Centre d'hébergement des Bois-Francis)	1,4 M\$
	Disposition (par démolition) des bâtiments excédentaires (Hôpital St-Julien)	19,7 M\$
	Projet autofinancé par les économies d'énergie	6,6 M\$
CSSS Drummond	Réaménagement médecine de jour - oncologie	2,8 M\$
	Aménagement de salles d'ophtalmologie (Hôpital Ste-Croix)	1,1 M\$
	Réaménagement afin d'éliminer 12 chambres multiples (Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot)	1,2 M\$
	Aménagement de toilettes mitoyennes adaptées (Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot)	3,3 M\$
	Centre Famille-Enfant (Hôpital Ste-Croix)	32,2 M\$
	Projet autofinancé par les économies d'énergie	7,6 M\$
Centre de réadaptation en déficience physique InterVal	Agrandissement, réaménagement (point de service Nicolas-Perrot)	2,7 M\$
	Aménagement (point de service Niverville)	1,0 M\$
Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	Agrandissement, réaménagement (Centre de réadaptation Laforest)	3,8 M\$
Foyer Sts-Anges de Ham-Nord	Agrandissement, réaménagement (Foyer Sts-Anges de Ham-Nord)	1,2 M\$

Note : Dans certains cas, le montant inscrit inclut également le budget lié à l'acquisition des équipements.

Investissements en équipements médicaux, non médicaux, mobilier et technologie de l'information de 2007-2008 à 2011-2012 pour la Mauricie et Centre-du-Québec

Enveloppes couvertes par des autorisations d'emprunts	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Plan de conservation de l'équipement et du mobilier - Volet renouvellement des équipements médicaux (note)	4 061 329 \$	9 026 577 \$	11 157 254 \$	12 178 449 \$	12 425 345 \$
Plan de conservation de l'équipement et du mobilier - Volet renouvellement des équipements non médicaux et mobilier	inclus dans le montant ci-haut	2 738 935 \$	3 576 652 \$	3 894 595 \$	4 053 242 \$
Renouvellement d'équipements médicaux - réserve ministérielle			3 000 000 \$	600 000 \$	
Haute technologie / Développement ajout d'équipements médicaux	9 257 000 \$	5 702 280 \$		474 220 \$	365 250 \$
Ajout consolidation équipement médicaux		176 568 \$	549 429 \$	549 429 \$	
Technologie de l'information		2 319 300 \$	2 877 571 \$	1 868 644 \$	2 342 923 \$
Autres dépenses de nature capitalisables (technologie de l'information)	2 195 900 \$	2 195 900 \$	2 195 900 \$	2 195 900 \$	2 195 900 \$
Équipements soutien à domicile	669 515 \$	669 515 \$	602 423 \$	547 840 \$	516 574 \$
Équipements aides techniques (oxygénothérapie)	141 907 \$	314 758 \$	113 400 \$	113 400 \$	113 400 \$
Autres équipements médicaux (projet centralisé de construction)	3 753 000 \$	2 287 000 \$	92 452 \$	2 164 000 \$	
Autres équipements (pandémie, autres)	737 405 \$		58 331 \$		
TOTAL	20 816 056 \$	25 430 833 \$	24 223 412 \$	24 586 477 \$	22 012 634 \$

Note : En 2007-2008, l'enveloppe de renouvellement comprenait autant les équipements médicaux que non médicaux et mobilier.

Bon coup!

L'OPTIMISATION DES SERVICES DE BUANDERIE

Suite à une analyse des potentiels d'économie et d'optimisation réalisée en 2009-2010, une démarche d'optimisation des processus utilisés dans les buanderies de la région et une analyse des regroupements potentiels ont été réalisées.

Ce projet a évolué vers une amélioration significative des volumes de production de toutes les buanderies de la région (économie de 1 M\$), sans regroupement ni fermetures de services.

La région se situe aujourd'hui parmi les plus performantes pour ce secteur.

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Dès l'adoption en juin 2010 de son PSRRI 2010-2015, la région a amorcé des changements structurants répondant à l'esprit de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement adoptée plus récemment. Les chantiers touchent à tous les aspects des ressources informationnelles : gouvernance, gestion de projets, sécurité, systèmes d'information, optimisation des infrastructures et de leur support.

Le premier geste a été d'adopter un nouveau modèle de gouvernance des ressources informationnelles, maintenant bien en place, qui assure la réalisation du PSRRI, le suivi du portefeuille régional de projets, ainsi que la sélection et la priorisation des nouveaux projets. Les projets structurants visent une même finalité, soit d'optimiser, de normaliser, d'intégrer et de faciliter la circulation et le partage d'information clinique et de gestion dans un contexte de mobilité des intervenants et des usagers.

Le chantier le plus important et qui concrétise directement cette finalité est le dossier clinique informatisé régional (DCIR), présentement à l'étape du dossier d'affaires. Le DCIR permet la circulation de l'information clinique et appuie la révision des processus cliniques et de gestion, la normalisation des pratiques et l'aide à la décision pour favoriser l'optimisation, l'efficacité et la performance des gestes cliniques, professionnels et administratifs.

En d'autres termes, on vise à mettre en place un environnement qui permettra d'aller chercher progressivement, et pour les nombreuses années à venir, un maximum de gains de performance dans le réseau régional et au sein de chaque RLS.

Parmi les autres chantiers qui ont été ou sont en réalisation, mentionnons notamment :

- la transmission électronique des résultats d'examens de laboratoires et des rapports d'imagerie diagnostique aux cliniques médicales;
- le nouveau centre de traitement régional qui permettra de réduire le nombre de salles de serveurs dans la région (2,5 M\$);
- la consolidation et l'optimisation de plusieurs systèmes (courrier électronique, systèmes administratifs, banque de sang, etc.);
- le rehaussement et consolidation du système de laboratoires (3,5 M\$), préalable au Dossier de santé du Québec;
- l'index patient : l'appariement avec le registre des usagers de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour résoudre l'identification des usagers et obtenir le numéro d'identifiant unique (1,5 M\$);
- la téléphonie : le plan régional visant à régulariser le niveau de désuétude et à optimiser les infrastructures (3,1 M\$ pour la région).

LE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

LA RECONNAISSANCE ET LE FINANCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Les critères balisant la reconnaissance des organismes communautaires par l'Agence sont prévus à la Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

La reconnaissance est préalable à l'obtention d'un soutien financier à la mission globale d'un organisme dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC). L'Agence accorde également un soutien financier pour la réalisation d'activités spécifiques à d'autres ressources non reconnues, mais dont un volet des activités se situe en santé et services sociaux.

Entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 mars 2012, le nombre d'organismes reconnus par l'Agence est resté sensiblement le même passant de 223 à 222, auquel s'ajoutent 24 organismes non reconnus et financés uniquement par ententes spécifiques.

On estime à plus de 17 000 le nombre de personnes (rémunérées ou bénévoles) qui sont impliquées dans la réalisation de la mission de ces groupes.

Évolution du budget alloué aux organismes communautaires

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Mission globale	25 099 678 \$	27 213 185 \$	28 030 042 \$	28 531 102 \$	29 788 660 \$ (86 %)
Ententes spécifiques	3 396 387 \$	3 636 641 \$	4 549 781 \$	4 715 539 \$	4 785 035 \$ (14 %)
Total	28 496 065 \$	30 849 826 \$	32 579 823 \$	33 246 641 \$	34 573 695 \$

Nombre d'organismes communautaires financés¹ par programme-service

Programme-service	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Déficiences intellectuelle et TED	10	10	10	11	11
Déficiences physiques	24	24	25	25	26
Dépendances	17	17	17	17	17
Jeunes en difficulté	54	56	56	57	57
Perte d'autonomie liée au vieillissement	21	21	21	21	23
Santé mentale	29	29	29	29	29
Santé physique	11	12	13	13	13
Santé publique	47	47	44	45	45
Services généraux	24	24	24	25	25
Total	237	240	239	243	246

¹ Financés à la mission globale ou dans le cadre d'une entente spécifique.

Évolution du financement par catégorie d'organismes communautaires

Catégorie	2006-2007 (année de référence)	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation 2007-2012
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement							
Déficience intellectuelle	757 034 \$	785 196 \$	824 296 \$	850 035 \$	875 590 \$	917 702 \$	21,22 %
TED	334 429 \$	349 317 \$	374 446 \$	384 421 \$	395 044 \$	422 949 \$	26,47 %
Sous-total	1 091 463 \$	1 134 513 \$	1 198 742 \$	1 234 456 \$	1 270 634 \$	1 340 651 \$	22,83 %
Déficience physique							
Déficience physique	690 506 \$	731 545 \$	805 948 \$	831 832 \$	846 310 \$	884 533 \$	28,10 %
Déficiences multiples	556 861 \$	591 935 \$	666 139 \$	736 856 \$	789 857 \$	874 699 \$	57,08 %
Sous-total	1 247 367 \$	1 323 480 \$	1 472 087 \$	1 568 688 \$	1 636 167 \$	1 759 232 \$	41,04 %
Dépendances							
Alcoolisme/toxi-comanie et autres dépendances	1 450 041 \$	1 429 262 \$	1 631 634 \$	1 723 286 \$	1 669 858 \$	1 644 382 \$	13,40 %
Hébergement mixte	1 411 574 \$	1 536 258 \$	1 565 899 \$	1 652 414 \$	1 679 079 \$	1 728 406 \$	22,45 %
Sous-total	2 861 615 \$	2 965 520 \$	3 197 533 \$	3 375 700 \$	3 348 937 \$	3 372 788 \$	17,86 %
Jeunes en difficulté							
Organismes de justice alternative	1 226 217 \$	1 258 785 \$	1 292 462 \$	1 314 318 \$	1 340 607 \$	1 383 845 \$	12,85 %
Maisons de jeunes	2 068 129 \$	2 181 972 \$	2 458 507 \$	2 555 732 \$	2 603 990 \$	2 780 934 \$	34,47 %
Autres ressources jeunesse	903 820 \$	945 507 \$	1 016 906 \$	1 046 384 \$	1 153 551 \$	1 214 540 \$	34,38 %
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	628 576 \$	673 622 \$	737 224 \$	749 674 \$	764 668 \$	786 566 \$	25,13 %
Sous-total	4 826 742 \$	5 059 886 \$	5 505 099 \$	5 666 108 \$	5 862 816 \$	6 165 885 \$	27,74 %
Perte d'autonomie liée au vieillissement							
Maintien à domicile	1 713 083 \$	927 451 \$	1 006 618 \$	1 091 049 \$	1 058 291 \$	1 217 712 \$	-28,92 %
Centres d'action bénévole	2 423 349 \$	2 503 634 \$	2 600 953 \$	2 681 897 \$	2 735 091 \$	2 800 224 \$	15,55 %
Sous-total	4 136 432 \$	3 431 085 \$	3 607 571 \$	3 772 946 \$	3 793 382 \$	4 017 936 \$	-2,86 %
Santé mentale							
Santé mentale	4 745 341 \$	4 932 228 \$	5 190 782 \$	5 305 079 \$	5 403 129 \$	5 629 824 \$	18,64 %
Sous-total	4 745 341 \$	4 932 228 \$	5 190 782 \$	5 305 079 \$	5 403 129 \$	5 629 824 \$	18,64 %
Santé physique							
Santé physique	544 852 \$	592 043 \$	807 127 \$	570 883 \$	600 295 \$	676 522 \$	24,17 %
Cancer	33 045 \$	37 273 \$	46 954 \$	49 419 \$	50 407 \$	57 935 \$	75,32 %
Maisons agréées de soins palliatifs				395 329 \$	404 316 \$	413 914 \$	
Sous-total	577 897 \$	629 316 \$	854 081 \$	1 015 631 \$	1 055 018 \$	1 148 371 \$	
Santé publique							
Contraception, allaitement, péri-natalité, famille	338 046 \$	405 800 \$	431 109 \$	428 154 \$	449 978 \$	462 356 \$	36,77 %

Catégorie	2006-2007 (année de référence)	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation 2007-2012
Santé publique (suite)							
Personnes démunies	1 408 048 \$	1 515 444 \$	1 691 824 \$	2 268 516 \$	2 320 119 \$	2 290 487 \$	62,67 %
VIH / Sida	392 667 \$	410 742 \$	460 876 \$	472 449 \$	481 476 \$	509 849 \$	29,84 %
Sous-total	2 138 761 \$	2 331 986 \$	2 583 809 \$	3 169 119 \$	3 251 573 \$	3 262 692 \$	52,55 %
Services généraux, activités cliniques et d'aide							
Orientation et identité sexuelles					15 000 \$	26 260 \$	
Concertation et consultation générale	109 369 \$	113 731 \$	170 461 \$	227 557 \$	189 432 \$	194 870 \$	78,18 %
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	3 421 097 \$	3 879 566 \$	4 212 395 \$	4 267 960 \$	4 337 145 \$	4 439 344 \$	29,76 %
Centres de femmes	987 703 \$	1 115 385 \$	1 205 994 \$	1 238 057 \$	1 262 818 \$	1 300 072 \$	31,63 %
Autres ressources pour femmes	464 814 \$	475 425 \$	483 824 \$	490 959 \$	500 777 \$	511 792 \$	10,11 %
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	600 205 \$	652 638 \$	695 667 \$	746 854 \$	760 991 \$	814 255 \$	35,66 %
Ressources pour hommes	436 334 \$	451 306 \$	471 781 \$	500 709 \$	558 822 \$	589 723 \$	35,15 %
Sous-total	6 019 522 \$	6 688 051 \$	7 240 122 \$	7 472 096 \$	7 609 985 \$	7 850 056 \$	30,41 %
Total	27 848 685 \$	28 496 065 \$	30 849 826 \$	32 579 823 \$	33 246 641 \$	34 573 695 \$	24,15 %

LA GESTION DU PROGRAMME SOC — FAITS SAILLANTS

LE REHAUSSEMENT DU FINANCEMENT

Le financement du programme SOC est passé de 28 496 065 \$ du 1^{er} avril 2007 à 34 573 695 \$ au 31 mars 2012. La majorité de ce financement supplémentaire de 6 077 630 \$ provient de l'indexation et d'investissements régionaux.

LE SOUTIEN PONCTUEL ALLOUÉ AUX ORGANISMES VENANT EN AIDE AUX PERSONNES TOUCHÉES PAR LA CRISE ÉCONOMIQUE

En 2009-2010 et 2010-2011, une somme non récurrente annuelle de 600 000 \$ a été répartie entre 28 organismes communautaires intervenant auprès des personnes démunies afin d'accroître temporairement leur capacité à offrir du soutien à ces personnes de même qu'à compenser partiellement la hausse du coût des aliments et la réduction appréhendée des revenus provenant des campagnes de levées de fonds.

LE SOUTIEN À LA FORMATION

L'Agence et la Table régionale des organismes communautaires (TROC) ont conjointement mis en place un programme de formation dédié aux organismes communautaires. Les formations sont offertes gratuitement aux membres des conseils d'administration et aux employés des organismes. Ainsi, depuis l'année financière 2008-2009, les formations Rôles et responsabilités de conseil d'administration et Gestion financière ont rejoint 802 participants. De plus, annuellement, une formation d'une journée visant le développement organisationnel et stratégique des organismes communautaires a été offerte; ce qui a permis de rejoindre 328 personnes.

LES PROGRAMMES ET SERVICES

RÉSULTATS ET FAITS SAILLANTS

Section 6

LA SANTÉ PHYSIQUE

Le tableau suivant dresse un sommaire des investissements des cinq dernières années pour le programme-service Santé physique.

Sommaire des investissements

Santé physique	Crédits de développement et de réallocation 2007-2012
Gestion intégrée des maladies chroniques	3 657 050 \$
Hiérarchisation des services de laboratoires	257 000 \$
Molécule Avastin	800 000 \$
Unité d'hospitalisation de médecine	1 300 000 \$
Clinique musculo-squelettique	730 000 \$
Accès aux services médicaux de première ligne	125 000 \$
Autres	1 058 000 \$
Total	7 927 050 \$

LES URGENCES HOSPITALIÈRES

- La région poursuit ses efforts constants pour réduire la durée moyenne de séjour (DMS) à l'urgence pour toutes les clientèles dans tous les établissements concernés. En plus des actions pertinentes réalisées en amont des services d'urgence (consolidation du mécanisme de référence à l'urgence vers le guichet d'accès pour les clientèles orphelines (GACO), l'instauration d'un programme d'accueil clinique, etc.), l'implantation d'un mécanisme régional de coordination des urgences a permis de réduire la DMS sur civière et ainsi tendre vers la cible fixée par le MSSS.
- On peut remarquer que le nombre de visites ainsi que le nombre de patients couchés sur civière sont en augmentation depuis quelques années. Ce même constat prévaut aussi pour la clientèle âgée de 75 ans et plus couchée sur civière. Cependant, les résultats démontrent une diminution de la DMS et du nombre de patients séjournant sur civière depuis plus de 24 heures. On peut noter également une diminution régionale de la DMS pour la clientèle présentant des problèmes de santé mentale.
- La problématique de l'accès aux services médicaux de première ligne, particulièrement à Trois-Rivières, apparaît être un facteur permettant d'expliquer cette situation. En effet, bien que le PREM en omnipratique soit comblé dans une proportion de 82 %, 162 000 personnes, soit près du tiers de la population régionale, ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille. Enfin, la population régionale est âgée et plus à risque d'un suivi médical régulier. L'Agence et les établissements ont ainsi priorisé plusieurs mesures visant à améliorer l'accessibilité aux services pour les personnes en fin de soins actifs et, conséquemment, à désencombrer les urgences.

Urgences hospitalières – principaux indicateurs

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Nombre de visites à l'urgence	233 947	235 869	235 432	242 559	245 484 + 4,9 %
Nombres de patients arrivés en ambulance	36 931	38 416	36 955	39 396	39 785 + 7,7 %
Nombre de patients sur civière	70 112	71 221	69 904	73 447	76 654 + 9,3 %
Nombre de patients hospitalisés	24 943	25 439	25 053	26 396	27 149 + 4,6 %
Séjour moyen sur civière	14,2 h	14,9 h	14,3 h	14,5 h	14,0 h
% séjours sur civière 24 heures et +	20 %	21 %	17 %	18 %	17 %
% séjours sur civière 48 heures et +	4 %	5 %	4 %	4 %	4 %
% de 48 h et + pour les personnes âgées de 75 ans et +	8 %	10 %	9 %	8 %	8 %

LA SITUATION DU TROIS-RIVIÈRES MÉTROPOLITAIN

L'Agence et les établissements concernés maintiennent des efforts concertés pour résoudre la situation plus problématique du Trois-Rivières métropolitain. On vise à améliorer la prise en charge des patients en attente d'admission et ainsi favoriser une plus grande fluidité de la clientèle sur civière notamment au centre hospitalier régional du CSSS de Trois-Rivières. Parmi les actions entreprises dans cet établissement depuis 2010, soulignons :

- L'ouverture d'une unité de décision clinique (UDC) de 12 lits en février 2010.
- La mise en place du mécanisme de prise en charge des patients orphelins à l'urgence par les médecins omnipraticiens et les spécialistes de l'établissement.
- La mise en place de la coordination médicale à l'urgence de l'établissement (7 jours sur 7).
- La présence d'un gériatre pour soutenir les équipes soignantes.
- La mise en place d'un projet consistant à prendre en charge à domicile les personnes âgées dont les soins actifs sont terminés. La personne ainsi ramenée à domicile, avec tout le soutien que cela requiert, pourra éventuellement attendre son admission dans une ressource d'hébergement à partir de chez elle.
- La présence quotidienne d'un agent de liaison sur les unités de soins pour préparer le soutien à domicile des personnes âgées à risque de nécessiter un hébergement à la fin de leurs soins actifs.
- L'ajout de 16 lits de soins de courte durée en septembre 2012.



L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES INSCRITES AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

Au 31 mars 2012, près de 70 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec (soit 332 565 personnes) était inscrite auprès d'un médecin de famille, ce qui place la région au 5^e rang comparativement aux autres régions du Québec sur ce plan. Chez les personnes âgées de 70 ans et plus, cette proportion grimpe à plus de 90 %. On observe ainsi une amélioration depuis quelques années. Néanmoins, la région éprouve encore des difficultés quant à l'accès aux services médicaux de première ligne.

LE RECRUTEMENT EN OMNIPRATIQUE ET LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES

De manière continue depuis les trois dernières années, les objectifs de recrutement ont été atteints, de sorte que la région, qui, en 2007, occupait le dernier rang par rapport aux autres régions du Québec au chapitre du recrutement médical, se situe désormais en milieu de peloton.

Plan d'effectifs en omnipratique (en nombre d'individus)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Total
Objectifs de croissance	25	25	25	23	25	123
Recrutement (avis de conformité)	28	20	30	24	26	128
Départ (autre région, retraite)	16	9	4	4	9	42
Ajout net	12	16	26	20	17	91
Médecins omnipraticiens	465	481	499	516	536	

Par ailleurs, le déploiement des IPS-SPL contribue à l'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins et services médicaux de première ligne en favorisant la prise en charge de nouveaux clients et en répondant aux besoins populationnels non comblés, en partenariat avec le médecin de famille. La région poursuit l'objectif de titulariser 45 IPS-SPL d'ici 2017.

Au 31 mars 2012, 11 IPS-SPL ont débuté leur pratique dans les territoires suivants : Drummond (1), Maskinongé (2), Trois-Rivières (3), Bécancour–Nicolet-Yamaska (2) et l'Énergie (3).

LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

L'implantation des GMF vise à assurer la prise en charge complète et le suivi régulier des personnes inscrites et à offrir une plus grande accessibilité des services en heures défavorables pour cette clientèle.

Au 31 mars 2012, notre région comptait 21 GMF, soit 12 au Centre-du-Québec et 9 en Mauricie (un 22^e GMF s'est ajouté sur le territoire en Mauricie le 17 mai 2012).

Inscription auprès d'un médecin pratiquant en GMF en Mauricie et au Centre-du-Québec au 31 mars 2012

GMF accrédités par territoire	Nombre	Nombre de médecins	Personnes inscrites	% de personnes vulnérables inscrites
Mauricie	9	105	101 185	41,6 %
Centre-du-Québec	12	158	172 193	34,1 %

LES GUICHETS D'ACCÈS AUX CLIENTÈLES ORPHELINES

Au 31 mars 2012, 87 % des médecins de la région étaient inscrits auprès du guichet de leur territoire et 11 522 clients orphelins avaient trouvé un médecin de famille grâce au GACO, pour un total de 16 829 personnes depuis leur mise en place en avril 2009.

LA LUTTE AU CANCER

LE PLAN RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Le Programme québécois de lutte contre le cancer est bien implanté dans la région. Le plan d'action régional 2011-2015 a été diffusé en février 2012. L'Agence coordonne sa mise en œuvre. La consolidation des services actuels et l'implantation de mesures efficaces de lutte contre le cancer demeurent les objectifs poursuivis en continu.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, il est exceptionnel que la durée de l'attente entre le moment de la consultation et le traitement soit supérieure à 4 semaines. Notre modèle régional d'organisation des services en oncologie produit donc les résultats escomptés.

Parmi les éléments qui le caractérisent et qui ont été instaurés au cours des cinq dernières années, soulignons :

- L'implantation d'un outil informatique permettant la coordination des soins et services et le partage de l'information clinique entre les professionnels œuvrant auprès des personnes atteintes.
- L'intégration des chirurgies oncologiques au mécanisme central de gestion de l'accès pour assurer le suivi des délais d'accès à l'intervention.
- Le déploiement d'un réseau de services intégrés de lutte contre le cancer, partant de la prévention jusqu'aux soins palliatifs, sous le leadership de l'équipe régionale en oncologie.

LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Les volumes grandissants d'activités dans les services d'imagerie médicale depuis 2007-2008 limitent la capacité des établissements à respecter les délais ciblés, notamment pour les services de mammographie. Afin d'améliorer la situation, un mécanisme de gestion de l'accès aux services d'imagerie médicale a été implanté en février 2010. Un partage de services intrarégionaux, favorisant l'utilisation optimale des ressources humaines et du parc d'équipement, a aussi été mis en place.

Dépistage du cancer du sein : délais d'attente 2007-2008 à 2011-2012

	Mars 2008	Mars 2009	Mars 2010	Mars 2011	Mars 2012
Mammographies de dépistage (cible MSSS : 6 semaines)					
CSSS de Trois-Rivières	26 sem.	13 sem.	13 sem.	17,5 sem.	28 sem.
CSSS de l'Énergie	20 sem.	41 sem.	36 sem.	25 sem.	24 sem.
CSSS Drummond	15 sem.	5 sem.	2 sem.	2 sem.	3 sem.
CSSS du Haut-Saint-Maurice	Rupture temporaire de service	14 sem.	13 sem.	20 sem.	23 sem.
Clinique radiologique des Bois-Francis	3 sem.	5 sem.	8 sem.	5 sem.	1 sem.
Investigation suite à une mammographie de dépistage (cible MSSS : moins de 12 jours ouvrables)					
CSSS de Trois-Rivières	14 jours	14 jours	14 jours	14 jours	14 jours
CSSS de l'Énergie	4 jours	5 jours	2 jours	3 jours	2 jours
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	28 jours	14 jours	7 jours	0 jour	7 jours
CSSS du Haut-Saint-Maurice	Rupture temporaire de services	14 à 42 jours	14 jours	7 jours	7 jours
CSSS Drummond	3 jours	42 jours	21 jours	10 jours	7 jours
Mammographies diagnostiques (cible régionale : moins de 4 semaines)					
CSSS de Trois-Rivières	40 sem.	2 sem.	17 sem.	2 sem.	12 sem.
CSSS de l'Énergie	16 sem.	38 sem.	35 sem.	8 sem.	12 sem.
CSSS Drummond	Moins de 1 semaine	6 sem.	3 sem.	1 sem.	2 sem.
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	8 sem.	3 sem.	7 sem.	3 sem.	3 sem.
Clinique radiologique des Bois-Francis	1 sem.	3 sem.	Moins de 1 semaine	4 jours	2 sem.
CSSS du Haut-Saint-Maurice	Rupture temporaire de service	14 sem.	13 sem.	20 sem.	1 sem.

L'ACCÈS AUX CHIRURGIES ÉLECTIVES, SERVICES DIAGNOSTIQUES ET CONSULTATION EN SPÉCIALITÉ MÉDICALE

- Depuis juin 2007, un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés est en place dans les établissements. La chirurgie a été le premier domaine intégré et des efforts considérables ont été consentis par les différents acteurs afin d'offrir à la population un accès équitable, efficient et de qualité. Les cinq établissements concernés par ce volet ont actualisé les mesures prescrites. Le travail effectué au cours des dernières années a permis l'atteinte de l'ensemble des cibles fixées pour les chirurgies électives.
- En imagerie médicale, la réorganisation du travail pour certains plateaux techniques, la gestion active des listes d'attente et l'ouverture de nouvelles plages horaires ont permis d'améliorer le délai d'accès à certains examens. Le décloisonnement des PACS (*Picture Archiving and Communication System*) prévu pour l'année 2012-2013 devrait favoriser une réduction du nombre d'examen diagnostiques.
- Ainsi, au 31 mars 2012, pour l'ensemble des chirurgies, plus de 90 % des personnes inscrites au mécanisme central sont traitées dans un délai inférieur à 6 mois. En imagerie médicale, la proportion de demandes de services en attente de moins de 3 mois se situe à 67 %, comparativement à 59 % l'année précédente.

Délais d'accès en chirurgie 2007-2008 à 2011-2012

Nombre de patients en attente	31 mars 2008		31 mars 2009		31 mars 2010		31 mars 2011		31 mars 2012	
0-6 mois	4 206	80 %	4 181	81 %	4 219	89 %	4 362	86 %	4 904	89 %
6-9 mois	334	7 %	382	7 %	246	5 %	284	6 %	399	5 %
9-12 mois	213	4 %	248	5 %	157	4 %	207	4 %	154	4 %
12 mois et plus	490	9 %	352	7 %	105	2 %	191	4 %	90	2 %
Total	5 243	100 %	5 163	100 %	4 727	100 %	5 044	100 %	5 547	100 %

LA PRÉVENTION ET LA GESTION INTÉGRÉE DES MALADIES CHRONIQUES

En 2008-2009, l'Agence a choisi de faire de la prévention et de la gestion intégrée des maladies chroniques sa priorité régionale des cinq prochaines années. Le but est d'éviter ou de retarder l'apparition et la progression de ces maladies tant dans la population en général que chez les personnes âgées, d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes et de réduire le recours à des services plus lourds tels que l'urgence et l'hospitalisation.

Parmi les réalisations :

- Des investissements totalisant 3,7 M\$ ont entre autres soutenu la mise en place de cliniques d'insuffisance rénale pour stades précoces, de l'implantation d'un modèle régional de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques, d'une trajectoire de services pour les personnes présentant une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'ajout de ressources dans les CSSS (infirmières coordonnatrices, nutritionnistes, conseillers en prévention clinique et kinésio-logues) en soutien à la première ligne médicale.
- Initiés en 2006, les travaux de consolidation de l'organisation des services de néphrologie selon un modèle axé sur la prévention, la déconcentration et la diversification des services ont engendré une augmentation du volume de clientèle suivie en clinique pour les stades précoces et une diminution de 6,3 % du volume de patients nécessitant un traitement d'hémodialyse pour palier à une insuffisance rénale sévère. Le rehaussement d'un système de télésanté permet le suivi à distance par les néphrologues de deux unités satellites d'hémodialyse.
- Les services offerts en première ligne aux personnes atteintes d'une maladie chronique ont été renforcés. Ainsi, dans tous les CSSS :
 - Un comité local réunit les différents intervenants et médecins impliqués dans le suivi des usagers atteints de maladies chroniques et voit à l'implantation des orientations régionales.
 - Le programme d'éducation à la santé Ma santé à vie, visant le repérage et le soutien des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaires par des équipes interdisciplinaires (infirmière, nutritionniste et kinésiologue) a été implanté.
 - Des cliniques d'enseignement et de suivi s'adressant aux personnes atteintes d'une MPOC sont en place dans tous les territoires de CSSS. Une analyse de la clientèle MPOC démontre une diminution de 20 % du nombre de visites à l'urgence dans la dernière année et de 15 % des jours-présence en hospitalisations depuis la prise en charge de cette clientèle en interdisciplinarité.

- Un dossier client partageable est utilisé pour cette clientèle entre les établissements du Trois-Rivières métropolitain.
 - L'outil d'enseignement régional Priisme Diabète est utilisé et donne accès à un enseignement harmonisé, basé sur l'autogestion, à tous les diabétiques.
- Enfin, en 2011-2012, l'Agence a présenté le projet d'implantation d'une trajectoire clinique de dépistage et de prise en charge de l'hypertension artérielle en première ligne. On estime en effet à plus de 15 % le taux de prévalence de l'hypertension artérielle dans notre région. Tous les GMF de la région se sont montrés favorables à cette trajectoire et au 31 mars 2012, 6 des 22 GMF en avaient débuté l'implantation.

LA CARDIOLOGIE

- Un comité régional de cardiologie a été formé en septembre 2009 pour optimiser la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST, réduire les délais de prise en charge sous l'angle de la chronométrie et améliorer l'accès au traitement recommandé.
- Or, malgré les efforts soutenus de tous les établissements pour améliorer l'organisation de services et compresser les délais au maximum, près de 395 000 personnes, soit 72,8 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, ne peuvent avoir accès à un centre d'hémodynamie à l'intérieur du délai optimal de 60 minutes de transport. L'Agence a ainsi déposé au MSSS, à l'automne 2011, un projet d'implantation d'un centre d'hémodynamie au CSSS de Trois-Rivières.

Prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST Résultats liés aux délais recommandés

Mauricie et Centre-du-Québec	Door to Needle (Délai du triage jusqu'à la thrombolyse)	
	Délai médian	Délai recommandé ≤ 30 min. (ACC/AHA/2010)
ETIAMEST-II (Nov. 2008 à mars 2009)	35 minutes	43 %
2010-11 (IM-Québec ¹)	28 minutes	54 %
2011-12 (IM-Québec ¹)	26 minutes	57 %
Mauricie et Centre-du-Québec	Door to Balloon (Délai du triage jusqu'à l'angioplastie primaire)	
	Délai médian	Délais recommandés % < 90 min. (ACC/AHA/2010) % < 120 min. (RQCT, 2010)
ETIAMEST-II (Nov. 2008 à mars 2009)	152 minutes	0 % < 90 min. 23 % <120 min.
2010-2011 (IM-Québec ¹)	140 minutes	2 % < 90 min. 32 % <120 min.
2011-2012 (IM-Québec ¹)	Données incomplètes ²	Données incomplètes ²

¹ IM-Québec : Banque de données IM-Québec

² 2011-2012 : Données d'hémodynamie à être transmises par un centre tertiaire.
(ACC/AHA/2010) : American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010; 122 (suppl 3) : S787-S817.
Réseau Québécois de Cardiologie Tertiaire (RQCT) 2010 : Algorithme pour le traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMST).

LES SOINS PALLIATIFS

- Un total de 43 lits (répartis dans les secteurs public, privé et communautaire) est disponible pour les soins palliatifs dans la région. On note par ailleurs que cette clientèle est priorisée par les équipes de services à domicile.
- Un comité régional de soins palliatifs est en place depuis juin 2009. Tous les établissements sont représentés. Les travaux priorités portent sur la garde médicale à domicile et sur la coordination clinique et administrative des soins.
- En janvier 2010, le CSSS de l'Énergie s'est illustré en raison de son projet pilote présenté lors du Symposium sur l'optimisation des professionnels de la santé contre le cancer. Ce projet repose sur une coordination clinique partagée et sur une réorganisation du travail permettant l'amélioration de l'accessibilité des services et de la continuité de l'accompagnement sans ajout de budget.

LA NÉONATOLOGIE ET LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

- En décembre 2010, l'Agence a confirmé au centre hospitalier régional du CSSS de Trois-Rivières une mission régionale au regard des services de périnatalogie, néonatalogie et de pédiatrie.
- L'Agence, le MSSS et le CSSS de Trois-Rivières ont collaboré étroitement au développement d'une offre de service régionale en procréation médicalement assistée. La clinique régionale de procréation assistée a ouvert ses portes le 4 juillet 2011. Elle offre des services de première ligne et des services spécialisés en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) qui dispense les services de troisième ligne. Cent cinquante couples ont reçu des services à la clinique du CSSS de Trois-Rivières en 2011-2012.

LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

LES TRANSPORTS AMBULANCIERS

Nombre de transports ambulanciers 2007-2008 à 2011-2012

2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
42 828	44 323	42 107	44 962	45 044 + 5,2 %

Dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services à la population, l'Agence a permis des ajouts de ressources ambulancières en prenant en considération l'analyse annuelle du volume des charges pour chacun des territoires de la région : un troisième véhicule ambulancier ajouté à La Tuque en 2007, un deuxième véhicule dans la zone d'opération de Saint-Paulin ajouté en mai 2008, une augmentation de la couverture ambulancière octroyée dans la région de St-Tite en 2009 ainsi qu'à Drummondville en 2009 et 2012.

LES SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS

Au 31 mars 2012, on compte 197 premiers répondants actifs sur l'ensemble du territoire et couvrant particulièrement les municipalités rurales et éloignées.

LA RÉPARTITION DES APPELS D'URGENCE

- À chaque année, le CCS de la Mauricie et du Centre-du-Québec traite entre 80 000 et 85 000 appels provenant de la population et des établissements. Notons que le CCS a mis en place un programme d'assurance-qualité et qu'il a été accrédité en tant que centre d'excellence par l'International Academies of Emergency Dispatch au mois de mai 2007. La poursuite de ce programme a une fois de plus permis à cet organisme d'être reconnu à nouveau centre d'excellence au mois de juin 2010.
- Réalisée dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité des services préhospitaliers d'urgence, l'analyse rétrospective des performances cliniques des techniciens ambulanciers paramédics démontre une conformité globale moyenne supérieure à 95 %.

LA TRAUMATOLOGIE

- Le plan directeur régional en traumatologie a été mis à jour pour la période 2009-2012. Le consortium régional d'établissements offrant des services aux adultes victimes d'un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave a aussi actualisé son plan d'action 2009-2012.
- Des ententes de transfert interrégionales ont aussi été convenues pour certaines clientèles : les enfants et les adolescents victimes de traumatismes, les victimes de brûlures graves et les victimes de blessures médullaires.
- Depuis 2008-2009, l'Agence soutient le déploiement de l'architecture régionale de services pour la clientèle ayant subi un TCC léger dans les quatre établissements avec mandat de traumatologie, soit les CSSS du Haut-Saint-Maurice, Drummond, d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de Trois-Rivières. Elle s'assure notamment de la sensibilisation et de la formation des médecins. Enfin, le centre hospitalier du CSSS de Trois-Rivières soutient les autres établissements dans les activités de dépistage de la clientèle.

LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

En concordance avec les objectifs du Programme national de santé publique 2008-2012, le Plan d'action régional de santé publique (PARSP) 2009-2012 regroupe une cinquantaine d'activités prioritaires pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Il est complété par les plans d'action locaux des CSSS. Il appartient à l'Agence d'implanter les conditions favorables à la mise en œuvre et à la poursuite des actions.

De façon plus spécifique, le rôle de la Direction de santé publique (DSP) consiste à assurer la coordination régionale des activités, développer le partenariat intersectoriel régional et de soutenir les CSSS tant financièrement que par la formation, le partage d'expertise et le développement d'outils spécifiques aux fonctions dévolues à la santé publique.

Au plan régional, au 31 mars 2012, 78,4 % des activités prévues au PARSP étaient implantées, dépassant ainsi le résultat attendu de 76 %.

Sommaire des investissements

Santé publique	Crédits de développement et de réallocation 2007-2012
Prévention des infections nosocomiales	337 500 \$
Total	337 500 \$

LA PRÉVENTION

LES SAINES HABITUDES DE VIE ET PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

- L'acquisition de saines habitudes de vie soutenues par des pratiques cliniques préventives constituent des leviers essentiels au maintien et à la protection de la santé d'une population. Plusieurs services ont été mis en place depuis les cinq dernières années :
 - des activités de promotion pour l'acquisition de saines habitudes de vie en milieux scolaires, de travail et municipaux;
 - la coordination régionale de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids, notamment le soutien à l'action des comités intersectoriels, la mobilisation des partenaires, le suivi et l'évaluation des projets régionaux.
- Tous les CSSS de la région disposent d'un centre d'abandon du tabagisme, lesquels reçoivent deux fois plus de personnes différentes qu'en 2007-2008. Le programme Alcochoix+ est aussi maintenant disponible dans tous les territoires.
- Depuis l'année 2009-2010, les CSSS, avec la collaboration de la DSP, offrent un service-conseil en prévention clinique auprès des médecins, infirmières et pharmaciens de la région. Cette approche de promotion vise à renforcer les services de première ligne en promotion des saines habitudes de vie et en prévention des maladies chroniques et faire connaître les mécanismes de référence pour les services de counseling individuel. Les sujets priorités sont : cessation tabagique et saine alimentation, recommandation de la pratique régulière de l'activité physique, recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool.

LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ET DES JEUNES

- L'implantation de la Politique de périnatalité 2008-2018 est en cours dans tous les établissements et sa progression est évaluée régulièrement par l'Agence.
- Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité visent à soutenir ces familles, de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans.

Depuis 2006-2007, un plus grand nombre de mères en contexte de vulnérabilité sont suivies et l'intensité d'interventions auprès de chaque mère en prénatal ont augmenté pour se situer au-dessus de la moyenne provinciale. L'intensité en période postnatale se situe légèrement au-dessous de la moyenne provinciale.

- L'Agence accompagne les CSSS et collabore avec la direction régionale du MELS dans le déploiement de l'approche École en santé. Actuellement, 35 % des établissements scolaires publics de la région, primaires ou secondaires, ont amorcé cette démarche.

LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

L'action de santé publique porte sur trois grands axes :

- Une instrumentation développée par la DSP qui permet l'appréciation du potentiel de développement des communautés et l'identification des actions et interventions appropriées dans le cadre d'une démarche contribuant aussi à la réduction des inégalités sociales de santé. L'Agence exerce un leadership national dans le cadre des travaux sur la caractérisation des communautés.
- L'Agence est partenaire aux ententes spécifiques régionales de collaboration qui concourent à agir sur des déterminants de la santé en Mauricie et au Centre-du-Québec. Ces ententes portent sur le développement social, l'économie sociale, l'égalité entre les femmes et les hommes et la réussite éducative.
- Enfin, l'Agence soutient l'action des organismes communautaires œuvrant en sécurité alimentaire et participe à l'élaboration et au financement de projets régionaux de partenariat dans ce domaine. Soulignons notamment le projet Se nourrir, agir et se développer pour lequel son principal porteur, Moisson Mauricie-Centre-du-Québec, a reçu une mention d'honneur lors des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux en 2012.

LA PROTECTION

LES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

- Chaque année, en moyenne 2 020 déclarations faites par les médecins et les laboratoires exigent les interventions de l'équipe des maladies infectieuses de la DSP.
- En 2011-2012, 538 cas de rougeole ont été déclarés en Mauricie et au Centre-du-Québec. En plus des interventions spécifiques à chaque cas et d'interventions médiatiques, la DSP a coordonné une opération spéciale de vaccination contre la rougeole dans toutes les écoles primaires et secondaires de la région. Au terme de cet exercice, le taux de couverture vaccinale des élèves, professeurs et travailleurs des écoles a progressé de 5 à 6 % pour chacun des groupes visés; sans toutefois atteindre le niveau escompté de 95 %.

LES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

- La chlamydia est en hausse constante dans la région particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans. Le nombre de cas d'infection à Chlamydia trachomatis est passé de 975 en 2007 à 1 392 en 2012, soit une augmentation de 43 %. Une révision de l'organisation des services de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) en CSSS a donc été initiée en 2011-2012, de manière à pouvoir mieux rejoindre les groupes les plus touchés. L'Agence a joué un rôle d'expert-conseil en lien avec les meilleures pratiques.
- Le système intégré de récupération et d'élimination sécuritaires des seringues usagées a été implanté en 2006 dans le but de prévenir les piqûres accidentelles. Les CSSS diffusent de l'information sur la façon de ramasser et de disposer de façon sécuritaire les seringues usagées aux organismes susceptibles de retrouver des seringues usagées sur leur terrain (écoles, centres de la petite enfance, municipalités, etc.).
- Dans le but de limiter la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites chez les utilisateurs de drogues injectables, l'Agence coordonne régionalement le Programme national de distribution et d'échange de matériel d'injection. Plus de 325 000 seringues ont été distribuées au cours des cinq dernières années par les intervenants des CSSS et de certains organismes communautaires.

LA VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA

On constate une diminution des taux de couverture vaccinale contre l'influenza chez les groupes ciblés qui semble être attribuable au fait que trois vaccinations ont été offertes sur une courte période de temps, dans le contexte de la grippe A(H1N1).

Taux de couverture vaccinale

Catégorie	Objectif	Résultats				
		2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Résidents des CHSLD	90 %	90 %	90 %	86 %	84 %	86,4 %
Infirmières des CSSS affiliées à l'OIIQ	80 %	43 %	45 %	15 %	41 %	36 %
Autres travailleurs des CSSS	80 %	43 %	42 %	17 %	33 %	35 %

LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'Agence exerce depuis 2004 une surveillance continue de l'incidence du Clostridium difficile et s'assure auprès des établissements de soins de la mise en place de mesures de prévention et de contrôle lors d'éclosions. Depuis, on observe de manière générale une baisse importante du taux d'incidence dans tous les centres hospitaliers de la région.

LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

- L'équipe responsable de la santé environnementale répond annuellement à une centaine de demandes de services portant sur les problèmes d'air intérieur, la qualité de l'eau potable, les insectes nuisibles, etc.
- Des travaux de recherche et d'analyse préparatoires à l'élaboration de rapports ou d'avis de santé publique sur des questions environnementales et sur leur impact potentiel sur la santé ont été conduits au cours des dernières années, notamment sur la qualité de l'air extérieur à Shawinigan en 2010-2011 et la gestion des matières dangereuses en 2007-2008.
- L'équipe de santé environnementale a aussi été impliquée dans les campagnes de distribution des comprimés d'iode en 2007 et en 2012 auprès de la population (dans un rayon de 8 kilomètres autour de la centrale) et dans les travaux d'évaluation du risque radiologique lié à la centrale nucléaire Gentilly-2. Les lignes directrices ont d'ailleurs été révisées pour la dernière campagne de distribution.
- Enfin, l'équipe effectue en continu des travaux de vigie et de protection relativement aux certificats d'analyse d'eau potable concernant la qualité microbiologique et physico-chimique des réseaux réglementés et contribue à la vigie sur les plans d'eau touchés par la présence de fleurs d'eau d'algues bleu-vert.

LA SANTÉ AU TRAVAIL

- La Commission de santé et de sécurité au travail (CSST) confie au réseau de la santé, par l'entremise de la DSP, le mandat de la santé au travail. L'Agence, en collaboration avec les CSSS, évalue notamment les programmes de santé et élabore les outils nécessaires pour offrir des services équitables et de qualité aux employeurs et travailleurs de la région.
- Les secteurs ciblés chaque année représentent en moyenne 47 000 travailleurs provenant de 2 600 entreprises. Par ailleurs, en 2012, une réorganisation des services a donné lieu à la fusion de deux équipes, de sorte que ce sont désormais les CSSS Drummond et de l'Énergie qui sont mandataires des équipes locales de santé au travail.

LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION

L'équipe de surveillance-évaluation veille à l'actualisation du plan commun de surveillance pour la région, conformément aux exigences de la Loi sur la santé publique. Elle réalise des études, analyses de données et portraits de santé pour différentes clientèles et territoires, sur différents sujets, dont : les décès et taux de mortalité, selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, 2001-2005 pour la région et par RLS (publié en 2008), la surveillance des nouveaux cas de cancer par municipalité autour de la centrale nucléaire Gentilly-2 pour la période quinquennale 2000-2004 (publié en 2011) et la mortalité par suicide en Mauricie et au Centre-du-Québec 2003-2007 (publié en 2012).

■ L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION À LA POPULATION

LES AVIS DE SANTÉ PUBLIQUE

Depuis 2007, la DSP a émis des avis sur une trentaine de sujets différents, dont :

- l'implantation des salons de jeux au Québec (2007-2008);
- l'aménagement d'un parc éolien dans la MRC de l'Érable (2009-2010);
- la présence de trihalométhanes en concentration hors normes dans l'eau potable du réseau d'aqueduc de plusieurs municipalités (2009-2010);
- les impacts sur la santé de l'exploitation des gaz de schiste (2010-2011);
- la rougeole, la fluoration de l'eau potable à Trois-Rivières et le monoxyde de carbone dans les arénas de la région (2011-2012);
- la présence de matières dangereuses sur le site d'une ancienne usine (mars 2012);
- des études d'impacts sur différents projets industriels (2007-2012);
- différents avis sur la centrale nucléaire Gentilly-2 et les risques à la santé.

LES CAMPAGNES D'INFORMATION

Plusieurs interventions de communication sont réalisées annuellement dans le cadre de la promotion des saines habitudes de vie, en plus d'actions ciblées dans certains dossiers, dont :

- la sensibilisation des médias au traitement adéquat de la problématique du suicide (2011-2012);
- la diffusion de l'enquête sur la santé des jeunes du secondaire (2010-2011);
- la grippe A(H1N1) et le risque à la santé du nucléaire (2009-2010).

Des chroniques radiophoniques hebdomadaires de santé publique ont aussi été diffusées de 2005 à 2009.

Bon coup!

LA DIMINUTION DES TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'amélioration constatée de l'incidence de la diarrhée associée au *C. difficile* (DACD) est notamment attribuable à la constance des bas taux d'incidence des CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, de l'Énergie et du Haut-Saint-Maurice.

Il faut aussi souligner l'excellente performance réalisée par le CSSS Drummond au cours de la dernière année, pour qui les taux ont souvent été supérieurs au taux attendu. La mobilisation du personnel du CSSS, le soutien accordé par l'Agence et une révision en profondeur du plan de lutte contre la DACD de cet établissement ont permis de renverser la tendance et d'instaurer une véritable culture de prévention des infections nosocomiales.

Soulignons que cette histoire de réussite a été présentée lors des 34^{es} journées scientifiques de l'Association des infirmiers et infirmières en prévention et contrôle des infections et au Forum provincial des infections nosocomiales en mai 2012.

LES SERVICES GÉNÉRAUX

Le tableau suivant dresse un sommaire des investissements des cinq dernières années pour le programme-service Services généraux.

Sommaire des investissements

Services généraux	Crédits de développement et de réallocation 2007-2012
Service régional Info-Santé/Info-Social	710 000 \$
Organisation médicale de première ligne	300 000 \$
Infirmière praticienne spécialisée de première ligne	300 000 \$
Services de sages-femmes à la Maison de naissance	184 000 \$
Total	1 494 000 \$

LE SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL (SRISIS)

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

Par ailleurs, en octobre 2009, l'Agence a adopté un modèle régional d'organisation de la réponse Info-Social qui se distingue par l'intégration de la réponse téléphonique du volet social le jour, soit de 8 h à 20 h au SRISIS. Cette nouvelle orientation permet d'accéder plus rapidement à un intervenant psychosocial tout en favorisant une utilisation optimale des ressources. Le financement alloué par l'Agence a permis l'embauche de 7,4 ETC afin d'assurer la réponse 24/7 aux appels psychosociaux concernant la clientèle 0-100 ans.

La régionalisation de la réponse téléphonique Info-Social constitue une avancée significative dans l'amélioration du service à la population. L'utilisation du 811 permet à la population d'avoir accès de façon simplifiée aux services psychosociaux.

Performance du SRISIS

Appels traités	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
VOLET INFO-SANTÉ					
Appels répondus ¹	182 563	190 985	194 095	200 773	191 805
Taux de réponse ¹	85,4 %	84,6 %	80,2 %	88,6 %	83,08 %
Durée moyenne de conversation	08:08	08:14	08:06	07:52	08:23
Appels traités sans aucune suite	N/D	50,97 %	54,3 %	51,6 %	51,5 %
Appels référés à l'urgence	14,7 %	13,2 %	12,6 %	12,4 %	13,18 %
Appels référés en clinique privée	13,2 %	12,8 %	12,1 %	13,3 %	13,19 %
Appels référés en pharmacie	7,8 %	7,4 %	6,4 %	7,3 %	6,43 %
Appels répondus provenant d'autres régions	13 505	26 336	35 419	73 143	65 044
Appels de la région répondus dans d'autres régions	9 484	14 353	25 387	40 060	42280
VOLET INFO-SOCIAL					
Appels traités	10 010	11 215	13 893	23 938	35875
Durée moyenne d'intervention	-	17:00	15:38	16:47	10:35
Sorties terrain	287	328	329 (2,4 %)	520 (2,2 %)	748 (2,09 %)
Appels traités sans aucune suite	N/D	N/D	69,1 %	69,3 %	63,08 %
Appels référés aux CSSS	N/D	N/D	5,7 %	7,7 %	10,35 %
Appels référés à l'urgence	N/D	N/D	2,0 %	0,9 %	1,47 %

¹ Ces indicateurs incluent les appels de la région et de l'extérieur.

■ LA VIOLENCE CONJUGALE ET LES AGRESSIONS SEXUELLES

LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2007-2009 EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE

- En 2007, l'Agence, les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, la Sûreté du Québec et la Sécurité publique de Trois-Rivières ont convenu d'une entente régionale visant à développer des actions de prévention et d'intervention mieux ciblées relativement à l'intoxication involontaire et aux agressions sexuelles.
- Des intervenantes désignées en matière de violence conjugale sont en place dans tous les CSSS de la région. Elles exercent un rôle de soutien à l'identification précoce de la violence conjugale et à l'intervention auprès des femmes victimes.
- Depuis 2007, l'Agence a organisé plusieurs formations destinées aux intervenants des CSSS sur le dépistage et l'intervention précoce de la violence conjugale de même que sur le processus judiciaire. Ces formations visent à soutenir l'intervention auprès des femmes victimes, des enfants exposés ou des conjoints ayant des comportements violents.

LES INITIATIVES RÉGIONALES

- La 4^e édition du Carrefour des pratiques en agression sexuelle et violence conjugale a été tenue en juin 2012. Cet événement réunit annuellement une centaine d'intervenants provenant du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des communautés autochtones, de la sécurité publique et d'autres secteurs. Le carrefour des pratiques favorise l'appropriation des pratiques de pointe en prévention, le dépistage et l'intervention auprès des victimes, des proches et des auteurs.
- Une formation sur l'identification précoce de la violence conjugale a été produite pour les professionnelles de la coiffure. Elle leur permet de développer les habiletés requises pour reconnaître les signes de violence conjugale chez leurs clientes et les référer vers les ressources d'aide.
- Des formations sur le processus de domination conjugale et l'intervention auprès des hommes ayant été agressés ont aussi été offertes aux intervenantes des CSSS et des organismes communautaires.

Bon coup!

L'ACCESSIBILITÉ 24/7 DU SERVICE DE RÉPONSE TÉLÉPHONIQUE INFO-SOCIAL

Le déploiement d'une réponse téléphonique 24/7 en matière de services psychosociaux dans toute la région a été complété en décembre 2010. Cette réalisation est née de la priorisation donnée par l'Agence, en 2008, à l'optimisation de l'offre de service actuelle du volet Info-Social du SRISIS.

En plus des appels entrant directement par le 811, tous les appels psychosociaux reçus par les CSSS sont désormais basculés au SRISIS.

La régionalisation de la réponse téléphonique Info-Social constitue une avancée significative dans l'amélioration du service à la population, en permettant un accès rapide et simplifié aux services psychosociaux. Quelques résultats :

- le délai moyen de réponse se situait à 50 secondes, en 2011-2012;
- un protocole de collaboration a été signé entre le SRISIS et les cinq centres de prévention du suicide;
- afin d'assurer la continuité et l'accessibilité des services et de favoriser la concertation entre les différents partenaires, un comité régional de coordination a été mis en place.

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

LE PLAN RÉGIONAL SUR LE VIEILLISSEMENT

Le phénomène du vieillissement de la population interpelle toutes les composantes du réseau de la santé et des services sociaux. Le Plan sur le vieillissement 2010-2015 cible les actions prioritaires permettant de relever ce défi.

Les 19 objectifs de résultats qu'il comporte sont regroupés autour de 3 orientations. Il accorde une place prépondérante au soutien à domicile et met de l'avant l'importance de :

- poursuivre l'implantation des réseaux intégrés pour les personnes âgées dans les territoires de RLS;
- intensifier les services à domicile de longue durée;
- soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, notamment en ce qui a trait aux chutes à domicile;
- poursuivre la diversification des milieux de vie accessibles pour les personnes qui ne peuvent être maintenues à domicile;
- déployer l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

Sommaire des investissements

Perte d'autonomie liée au vieillissement	Crédits de développement et de réallocation 2007-2012
Soutien à domicile et répit aux proches aidants	11 480 000 \$
Gestion de cas (RSIPA)	900 000 \$
Hébergement	5 270 800 \$
Prévention des chutes	1 000 000 \$
Organismes communautaires	50 000 \$
Autres	157 000 \$
Total	18 857 800 \$

LE RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES (RSIPA)

- Le RSIPA est un ensemble de modalités organisationnelles qui favorisent la continuité dans le cheminement des personnes âgées dans l'ensemble des soins et services du réseau de la santé et des services sociaux, de même qu'avec les partenaires intersectoriels publics, privés et communautaires.
- Au 31 mars 2012, le degré moyen d'implantation du RSIPA au niveau régional était de 62,5 % comparativement à 58 % en 2011. Au niveau national le degré d'implantation était de 52,3 % en 2011 et 62,2 % en 2012. La cible visée pour 2015, dans le plan régional sur le vieillissement comme au niveau national, est établie à 70 %. De plus, 3 des 8 CSSS de la région ont atteint 70 % et plus. Sur les 9 composantes du RSIPA, celles qui présentent les plus hauts taux d'implantation sont la désignation d'une personne responsable, le mécanisme d'accès unique, l'équipe de gériatrie et le système d'évaluation des besoins.
- Le déploiement de la solution informatique du RSIPA a débuté en décembre 2009. Cette solution permet l'accès à une information partagée entre tous les intervenants d'un établissement, peu importe le service, le site ou l'installation. Les activités de formation clinique et informatique se sont déroulées entre avril 2010 et février 2011. Au 31 mars 2012, tout près de 1 700 intervenants œuvrant en soutien à domicile, en centre hospitalier ou en CHSLD ont été formés et ont accès à l'application informatique.
- L'Agence coordonne les travaux sur le RSIPA en collaboration avec les CSSS de la région, partage son expertise-conseil sur la gestion de cas et veille à la formation des intervenants qui se consacrent à la gestion de cas.

■ LES SERVICES DE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ

Les investissements des dernières années ont permis d'augmenter de manière significative les services offerts par les CSSS et d'harmoniser l'offre de base accessible dans tous les territoires et ce plus particulièrement en soins infirmiers, en services psychosociaux, en réadaptation (ergothérapie, physiothérapie et thérapeute en réadaptation physique), en aide à domicile (selon diverses modalités de dispensation ou dans le cadre d'ententes de partenariat) et au niveau de l'offre de service en répit, par des allocations directes versées aux proches aidants.

LE SOUTIEN À DOMICILE

- Entre autres objectifs, le Plan régional sur le vieillissement 2010-2015 vise l'intensification des services de soutien à domicile de longue durée offerts par les CSSS.
- Au 31 mars 2012, on constatait une progression de 38,7 % des heures totales de services de longue durée rendues à domicile aux personnes âgées par les différents mode de prestation (interventions professionnelles, aide à domicile rendu par le personnel du CSSS, aide par l'entremise du chèque emploi-service et aide sous la forme d'heures achetées). Le nombre total d'heures est passé de 213 263 en 2009-2010 à 295 717 en 2011-2012. Ces augmentations sont globalement reliées aux activités d'optimisation et aux investissements. Les heures en services professionnels ont augmenté de 24,1 % et celles de l'aide à domicile offerte par les intervenants du CSSS se sont accrues de 13,9 %.
- Entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 mars 2012, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie qui ont annuellement reçu des services à domicile dispensés par les CSSS est passé de 11 753 à 14 663 (soit une augmentation de 33,1 %) de sorte que les CSSS rejoignent 15,7 % de la population totale des 65 ans et plus en 2012.
- En 2011-2012, le nombre moyen d'interventions par personne se situe à 29,8 interventions alors qu'en 2006-2007, il était de 22,8. La cible visée en 2009-2010 (24 interventions par personne) a été dépassée pour atteindre 25,2.
- L'hébergement temporaire permet de soutenir les aidants naturels en leur offrant un répit disponible en CHSLD ou en ressources non institutionnelles (RNI).

En janvier 2007, 42 places étaient disponibles. Le taux régional d'occupation des places en CHSLD, au cours des années 2000 à 2005 était 52,6 %. Afin de mieux répondre aux besoins de la population, plusieurs territoires ont transformé leur offre de service pour pouvoir offrir des places dans la communauté. Au 31 mars 2012, 45,5 places étaient disponibles (soit 23,5 places dans la communauté et 22 places en CHSLD). Le taux d'occupation au 31 mars 2012 était de 68,2 % pour les places dans la communauté et de 76,8 % pour les places en CHSLD.

- Les centres de jour visent à maintenir les capacités et fonctions des personnes, l'amélioration de leur affect de même que leur intégration sociale, et ce, tout en procurant une forme de répit aux aidants naturels. Au cours des cinq dernières années, le nombre moyen d'usagers fréquentant les centres de jour de la région est de 1 881 personnes par année.

LE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS

- En 2011-2012, le service répit gardiennage-accompagnement à domicile a été offert à 1 156 proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie qui reçoivent des services de soutien à domicile (comparativement à 608 au terme de l'année 2007-2008), soit une augmentation de 90,1 %. Ce service est offert par le biais d'une allocation directe, allouée sur la base minimale de 6 heures par semaine. Il est complémentaire aux services de répit en centre de jour et en hébergement temporaire.

Le rehaussement de 3 à 4 du nombre minimal d'heures a été mis en application dans les CSSS de la région dès 2008-2009. De plus, en 2011-2012, un second rehaussement a été ajouté au budget d'allocation répit. Le nombre d'heures estimées a connu une augmentation de 128 % au cours de cette période, soit de 99 259 heures en 2007-2008 à 226 312 heures en 2011-2012.

- Un projet de partenariat entre les trois CSSS du Centre-du-Québec et la Société Alzheimer Centre-du-Québec / Maison Myosotis a débuté en avril 2010. Le volet Accompagnement au domicile est assuré par du personnel formé par la Maison Myosotis et permet aux proches de prendre quelques heures de répit. Le volet Premier lien Alzheimer consiste en de l'enseignement aux proches dont le parent vient de recevoir un diagnostic d'Alzheimer.

Au terme de l'année 2011-2012, le service d'accompagnement à domicile était établi tel que prévu en 2010 dans trois CSSS. Le volet Premier lien Alzheimer reste à développer et fait partie des priorités 2012-2013 de la Société Alzheimer Centre-du-Québec / Maison Myosotis. Il est à noter que des ressources communautaires offrent des services similaires pour les proches aidants dans les autres territoires en Mauricie.

LA PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES ÂÎNÉS QUI VIVENT À DOMICILE

- La prévention des chutes est réalisée à travers les interventions spécifiques que proposent trois programmes, adaptés aux caractéristiques des clientèles auxquelles ils s'adressent.
- Les crédits de développement investis et les efforts consentis par les établissements ont permis de réaliser des travaux importants en 2011-2012 en ce qui concerne les programmes PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique) et IMP (Intervention multifactorielle personnalisée). Des formations ont notamment été offertes aux animateurs et aux intervenants dédiés à ces programmes. Le programme Debout! est pour sa part en processus de révision.

LES SERVICES DE RÉADAPTATION ET POSTHOSPITALIERS

- Les services ambulatoires gériatriques (SAG) permettent l'évaluation et la réadaptation des personnes afin de récupérer le maximum d'autonomie et d'orienter les personnes vers les meilleurs services possible. Les motifs de référence au SAG se répartissent ainsi au 31 mars 2012 : 87 % en évaluation gériatrique (diagnostic et traitement) et 13 % pour une poursuite de réadaptation.
- L'unité de courte durée gériatrique (UCDG) est un service d'évaluation diagnostique et de réadaptation. Au 31 mars 2012, la durée moyenne de séjour en UCDG était de 25 jours, ce qui se rapproche de la balise fixée à 24 jours.
- Les 66 places en unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) sont réparties dans 4 CSSS ainsi qu'au Centre de réadaptation InterVal.
- Au 31 mars 2012, 37 places en unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF) sont disponibles dans quatre CSSS. Les UTRF visent l'optimisation de l'autonomie des personnes hospitalisées dont les soins actifs sont terminés et dont le retour à domicile est compromis. Deux cent sept personnes ont bénéficié de ce service au cours de l'année et 58 % d'entre elles ont pu réintégrer leur domicile après une durée moyenne de séjour de 46,4 jours.

■ L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

- Au 31 mars 2012, tous les CSSS à mission hospitalière de la région avaient déposé un plan d'action sur la stratégie de déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée, après avoir effectué un diagnostic organisationnel.
- De plus, un premier module de formation destiné à un public cible multidisciplinaire (médecins, infirmières et préposés aux bénéficiaires) a été déployé. Ces différents acteurs ont ainsi été sensibilisés au phénomène du déclin fonctionnel iatrogène afin de le prévenir ou de l'atténuer.

■ LES SERVICES D'HÉBERGEMENT

LA DIVERSIFICATION DE L'OFFRE D'HÉBERGEMENT

- Le Plan d'action sur le vieillissement 2005-2010 a permis de réduire l'hébergement institutionnel de 134 places et d'augmenter de 394 places d'hébergement en ressources intermédiaires (mars 2011). Trois cent cinquante nouvelles places dans la communauté sont prévues dans le plan 2012-2015.
- La région s'est donné l'objectif de poursuivre le développement de places en ressources résidentielles de proximité d'ici 2015.

L'ACCÈS EN HÉBERGEMENT

- L'Agence s'assure de l'utilisation optimale des places en hébergement en fonction des besoins des personnes qui ne peuvent plus résider à domicile, en exerçant un rôle de soutien et de vigie aux mécanismes d'accès des CSSS.
- Au cours de l'année 2011-2012, 1 772 demandes d'hébergement ont été enregistrées, soit 1,4 % (25) de plus que l'année précédente.
- Nous constatons des délais d'attente moyens de 46 jours pour les personnes admises en RI et de 22 jours en CHSLD. La durée moyenne d'attente pour l'ensemble des ressources pour l'année se situe à 28 jours, soit le même nombre de jours qu'en 2006-2007.

L'OFFRE DE SERVICE EN HÉBERGEMENT

Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD a atteint 3,19 heures. Ce résultat dépasse les cibles ministérielles et régionales visées (3,00). Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD a été de 0,258 dépassant ainsi la cible fixée (0,23). Ces données témoignent de l'augmentation constante de l'intensité des services en CHSLD.



LA CERTIFICATION DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT

Il appartient à l'Agence de procéder à la certification des résidences privées pour aînés et des ressources d'hébergement en toxicomanie et jeu pathologique de son territoire.

De manière continue et en collaboration avec les partenaires impliqués, l'Agence mène les actions nécessaires au maintien de la conformité aux critères de certification. L'Agence accompagne aussi les ressources qui doivent renouveler leur certification, effectue des suivis de gestion et réalise des visites d'inspection.

LES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES (RPA)

- L'Agence délivre les certificats de conformité aux exploitants de résidences pour personnes âgées, obligatoires depuis février 2009.
- Pour répondre à ce mandat, l'Agence s'est dotée d'un plan d'action rigoureux sollicitant la collaboration de plusieurs acteurs concernés par cette réalité : les CSSS et les propriétaires de résidences privées, les préfets des MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, le ministère de la Sécurité publique, la Régie du bâtiment du Québec, la Régie du logement du Québec et les milieux associatifs représentant des aînés et des exploitants.
- L'Agence a de plus multiplié les efforts en soutenant directement les exploitants de RPA à la mise aux normes de leur résidence. Dès 2007-2008, des sessions d'information ont notamment permis de rejoindre 205 des 245 exploitants de la région et 200 intervenants de CSSS. Cette démarche s'est concrétisée par des gains sur la qualité et l'efficacité des services dispensés.
- Au 31 mars 2012, 207 des 236 résidences privées pour personnes âgées de notre territoire étaient certifiées (87,7 %). L'absence de certificat de conformité pour les autres résidences est principalement due au fait que tout nouvel exploitant qui acquiert une résidence doit adresser une demande de certification à l'Agence. D'autres doivent faire approuver leur plan de sécurité incendie par leur municipalité.

LES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE ET JEU PATHOLOGIQUE

Depuis le 1^{er} juillet 2011, toutes les ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique ont l'obligation de détenir un certificat de conformité délivré par l'Agence ou d'être en processus de certification.

L'Agence a soutenu les ressources en processus de certification en les informant sur la réglementation et en offrant un accompagnement, au besoin. Au terme de l'année 2011-2012, sur les 12 ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie :

- deux ressources opéraient sous l'ancien régime de certification volontaire;
- six ressources étaient en processus de certification dans le cadre de la nouvelle réglementation;
- le comité avait délivré un certificat de conformité à trois ressources et émis un avis de non-certification à un organisme.



LE PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE

En 2008, le MSSS a lancé le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble.

Ce plan vise l'accès aux services à l'intérieur de délais standards et l'amélioration de la continuité des services offerts en CSSS et en centre de réadaptation aux clientèles visées.

Entre 2007-2008 et 2011-2012, des crédits totalisant 6,5 M\$ dans notre région ont été investis dans les programmes Déficience physique et Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement pour soutenir l'atteinte de ces objectifs. Signalons que les délais moyens d'accès en CSSS comme en centre de réadaptation se situent généralement à l'intérieur des standards prescrits.

Parmi les résultats constatés par l'Agence et les établissements depuis l'implantation du plan d'accès, on note :

- la résorption complète des listes d'attente documentées au démarrage du plan d'accès (soit 86 personnes en CSSS, 267 personnes au Centre de réadaptation InterVal et 44 personnes au CRDITED MCQ - IU);
- la gestion centralisée des listes d'attente;
- les progrès liés à la consolidation de la fonction d'intervenant pivot en CSSS;
- l'accroissement de l'intensité et de la qualité des services de soutien à domicile pour les personnes ayant une déficience;
- la révision des processus d'accès aux services et, dans certains cas, la réorganisation des services;
- le rythme d'implantation constant des diverses modalités prévues au plan d'accès;
- l'amélioration globale du respect des délais d'accès aux services.

Au terme de l'année 2011-2012, on constate que le taux de respect des délais d'accès se situe à plus de 85 %. Les établissements concernés s'appliquent à réaliser les ajustements nécessaires pour assurer le respect des standards d'accès et de continuité du plan d'accès.

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE

Le tableau suivant dresse un sommaire des investissements des cinq dernières années pour le programme-service Déficience physique.

Sommaire des investissements

Déficience physique	Crédits de développement et de réallocation 2007-2012
Soutien à domicile	2 360 000 \$
Services de première ligne	500 000 \$
Services spécialisés	2 106 000 \$
Total	4 966 000 \$

Demandes de services traitées à l'intérieur des délais standards du plan d'accès déficience physique

	Résultats 2010-2011	Résultats 2011-2012	Cible
En CSSS			
Priorité urgente	30,2 %	42,1 %	90 %
Priorité élevée	74,6 %	76,1 %	90 %
Priorité modérée	Nouveau	85,2 %	75 %
En CRDP			
Priorité urgente	Aucune	Aucune	90 %
Priorité élevée	95,4 %	95,3 %	90 %
Priorité modérée	Nouveau	98,6 %	75 %

LES SERVICES DE SOUTIEN À LA PERSONNE, À LA FAMILLE ET AUX PROCHES

Les services spécifiques offerts par les CSSS permettent de maintenir les personnes dans leur milieu de vie, de soutenir leurs proches et de favoriser leur intégration et leur participation sociale.

LE SOUTIEN À DOMICILE

- En 2011-2012, 3 732 personnes ont reçu des services à domicile en déficience physique des CSSS, comparativement à 3 178 personnes en 2006-2007; ce qui représente une augmentation de 17,4 %.
- En moyenne, le personnel des CSSS effectue 19,6 interventions par année auprès de ces personnes à leur domicile, pour un total de 73 265 interventions en 2011-2012, ce qui représente une progression de 24,1 % depuis 2006-2007. À cela s'ajoute un ensemble d'autres modalités de soutien (entreprises d'économie sociale, chèque emploi-service, services de gré à gré).

LE SOUTIEN À LA FAMILLE ET AUX PROCHES

Au terme de l'année 2011-2012, 845 familles avaient bénéficié d'une allocation financière. Par ailleurs, les investissements des dernières années ont permis un rehaussement du montant moyen versé annuellement à chaque famille (de 640,96 \$ en 2006-2007 à 1195,35 \$ en 2011-2012).

■ LES SERVICES D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION

Des services spécialisés de réadaptation en déficiences motrice, auditive, visuelle, de la parole et du langage sont offerts dans la région par le Centre de réadaptation InterVal.

L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

- 3 586 personnes ont reçu des services spécialisés en 2011-2012.
- Par ailleurs, l'implantation en 2008, de nouveaux services pour les enfants dyspraxiques et pour les personnes bègues a engendré une augmentation de la clientèle en déficience motrice et en déficience du langage.

■ LE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE

- L'Agence soutient financièrement 4 îlots résidentiels adaptés permettant le maintien à domicile de 57 personnes présentant de lourdes incapacités physiques en raison des services d'aide offerts par le personnel de ces organismes.
- En 2011-2012, ce soutien financier totalisait 2 143 120 \$. Au cours de la dernière année, l'Agence a pris la décision d'octroyer un financement récurrent supplémentaire de l'ordre de 300 000 \$ pour l'année 2012-2013 pour l'ensemble des îlots résidentiels, dans le but de consolider le maintien à domicile offert par ces RNI.

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Le tableau suivant dresse un sommaire des investissements des cinq dernières années pour le programme-service Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

Sommaire des investissements

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Crédits de développement et de réallocation 2007-2012
Soutien à domicile	350 000 \$
Services de première ligne	500 000 \$
Services spécialisés	818 253 \$
Total	1 668 253 \$

Demandes de services traitées à l'intérieur des délais standards du plan d'accès déficience intellectuelle et TED

	Résultats 2010-2011	Résultats 2011-2012	Cible
En CSSS			
Priorité urgente	37,5 %	42,9 %	90 %
Priorité élevée	44,2 %	73,7 %	90 %
Priorité modérée	Nouveau	90,9 %	75 %
En CRDITED			
Priorité urgente	Aucune	Aucune	90 %
Priorité élevée	41,1 %	62,2 %	90 %
Priorité modérée	Nouveau	82,8 %	75 %

LES SERVICES DE SOUTIEN À LA FAMILLE ET AUX PROCHES

Les services spécifiques offerts par les CSSS permettent de maintenir les personnes dans leur milieu de vie, de soutenir leurs proches et de favoriser leur intégration et leur participation sociale.

LE SOUTIEN À DOMICILE

En 2011-2012, 1 689 personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ont été desservies par les services de soutien à domicile en CSSS.

LE SOUTIEN AUX FAMILLES ET AUX PROCHES AIDANTS

Au terme de l'année 2011-2012, 968 familles avaient bénéficié d'une allocation financière. Par ailleurs, les investissements des dernières années ont permis un rehaussement du montant moyen versé annuellement à chaque famille (de 882,04 \$ en 2006-2007 à 1 220,86 \$ en 2011-2012).

LES SERVICES D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION

Des services spécialisés d'adaptation et de réadaptation sont offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dans l'ensemble de la région par le CRDITED MCQ, désigné Institut universitaire en août 2008.

LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED

- En 2011-2012, le CRDITED MCQ - IU a desservi 2 197 personnes différentes.
- Au cours des dernières années, dans un souci de favoriser la spécialisation de la deuxième ligne, le CRDITED MCQ - IU et le CSSS de Trois-Rivières ont établi un partenariat dans le cadre d'un projet d'optimisation de la trajectoire de services entre la première et la deuxième ligne. Cette collaboration permet ainsi au CRDITED MCQ - IU de procéder par épisodes de services.

L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES ENFANTS PRÉSENTANT UN TED

- La trajectoire de services pour l'évaluation diagnostique des jeunes TED a été lancée en 2005, afin de pallier la pénurie de pédopsychiatres et de faciliter l'obtention d'un diagnostic. La trajectoire, qui implique la collaboration des CSSS, du CRDITED MCQ - IU et du Centre de réadaptation InterVal, favorise ainsi un accès plus rapide à l'ensemble des services disponibles pour les jeunes TED et leur famille.
- Au cours des dernières années, l'Agence a soutenu le développement d'expertises afin de répondre aux besoins de cette clientèle ainsi que le développement des services d'intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants de moins de 6 ans ayant un TED.

LE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE

Un projet novateur d'accès au logement pour les personnes ayant une déficience intellectuelle est en cours depuis 2008 sur le territoire de Bécancour–Nicolet-Yamaska. Ce projet vise à développer une alternative en matière de ressource résidentielle et à accroître l'intégration des personnes ayant une déficience intellectuelle au sein de la communauté. Basé sur le partenariat et la complémentarité des services entre le CRDITED MCQ - IU, le CSSS et l'Association des personnes déficientes intellectuelles, ce projet permet aux participantes et aux participants d'accéder à un logement autonome et d'y recevoir un soutien modulé à leurs besoins. Pour en soutenir la mise en œuvre, prévue sur deux ans, l'Agence a alloué un montant de 80 000 \$.

Bon coup!

LE RÉPIT HORS DOMICILE

En 2009-2010, l'Agence a rehaussé le financement de trois organismes communautaires offrant des services de répit aux familles vivant avec une personne ayant une déficience, pour un investissement totalisant 80 000 \$. Cet investissement visait à répondre aux besoins exprimés par les familles en améliorant l'accessibilité et la diversité de l'offre de répit dans la région.

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE (SAD) - TOUTES CLIENTÈLES

Le SAD est une priorité de développement en Mauricie et au Centre-du-Québec. De façon générale, ces services sont donnés aux personnes qui ne peuvent se déplacer hors de leur domicile ou de leur résidence privée pour obtenir les soins et services nécessaires. L'intensité de ces services permet aussi de faire une différence entre la poursuite du maintien à domicile et un hébergement précoce pour les personnes vieillissantes ou les personnes handicapées.

Depuis 2006-2007, le nombre total de personnes desservies en SAD a connu une légère diminution (-969 personnes). En contrepartie, le volume d'interventions a augmenté de 34 % passant d'une moyenne de 18 à 25 interventions par personne. La diminution de clientèle est attribuable à la modification de l'organisation de services en santé mentale, en santé publique, en santé physique et en services généraux. Ces personnes reçoivent encore des services dans leur milieu de vie ou dans leur communauté. Les informations ne sont cependant plus imputées au SAD.

Les CSSS rejoignent davantage les personnes de trois groupes spécifiques (+22 %) : Perte d'autonomie liée au vieillissement, Déficience physique et Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. L'intensité des services donnés par le personnel en CSSS aux personnes en perte d'autonomie a augmenté pour atteindre une moyenne de 30 interventions par personne en 2011-2012. Dans cette même année, 462 personnes ayant une perte d'autonomie ou une déficience physique ont reçu 20 interventions et plus dans une période de 28 jours.

Au regard du soutien et du répit aux proches aidants, des services d'hébergement temporaire, d'activités de formation ou de soutien psychosocial sont offerts. De plus, en 2011-2012, l'allocation directe a permis d'offrir 640 052 heures de répit pour des proches de personnes ayant une perte d'autonomie liée au vieillissement, une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Évolution des services de soutien à domicile (1^{er} avril 2007 au 31 mars 2012)

Services de soutien à domicile donnés par le personnel des CSSS	2006-2007	2011-2012	Variation sur 5 ans
Ensemble de la clientèle dans l'année :			
- Nombre de personnes desservies	26 356	25 387	-969
- Nombre moyen d'interventions par personne	18,3	25,4	+7,1
Perte d'autonomie liée au vieillissement :			
- Nombre de personnes desservies	11 755	14 670	+2 915
- Nombre moyen d'interventions par personne	22,7	29,8	+7,1
Déficience physique :			
- Nombre de personnes desservies	3 180	3 531	+351
- Nombre moyen d'interventions par personne	18,6	18,0	-0,6
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement :			
- Nombre de personnes desservies	377	429	+52
- Nombre moyen d'interventions par personne	15,1	13,6	-1,5

Investissements globaux

Soutien à domicile et répit aux proches aidants	Crédits de développement et de réallocation 2007-2012
Perte d'autonomie liée au vieillissement	11 480 000 \$
Déficience physique	2 360 000 \$
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	350 000 \$
Total	14 190 000 \$

Bon coup!

L'OPTIMISATION DES SERVICES

Le Plan d'action régional d'optimisation des services de soutien à domicile a été déposé au MSSS en septembre 2011. L'Agence en assure le suivi et favorise le partage d'expertise entre les CSSS. Bien que des retombées positives se répercutent à plusieurs niveaux, en comparaison avec les résultats obtenus en 2009-2010, 661 366 heures en services de soutien à domicile de longue durée ont été données dans le cadre des trois programmes-services visés, soit une augmentation de 23,5 % des heures en services professionnels et de 13 % des heures en aide à domicile dispensées par les CSSS.

De plus, en 2009-2010, l'Agence a invité les CSSS à produire un projet d'optimisation des services d'ergothérapie à domicile permettant à ces professionnels de se concentrer sur des activités qui leur sont propres et, ce faisant, de réduire les délais et les listes d'attente en ergothérapie. Au 31 mars 2012, l'ajout de ressources, notamment des thérapeutes en réadaptation physique, des auxiliaires en santé et services sociaux ou des préposés, a permis de dédier les ergothérapeutes aux tâches qui relèvent de leurs compétences exclusives. Bien que les données ne puissent être associées entièrement à ces projets, on constate une augmentation du nombre de personnes desservies (près de 780 personnes de plus) et une diminution du nombre de personnes en attente (321 personnes de moins).

LES MODIFICATIONS À LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE ET ENTENTE DE COMPLÉMENTARITÉ MELS-MSSS

Les modifications introduites à la Loi sur la protection de la jeunesse en 2007 ont entraîné un développement important au programme Jeunes en difficulté et des besoins d’ajustements dans l’organisation des services, notamment en ce qui a trait aux zones de collaboration entre la première et la deuxième ligne pour permettre une réponse intégrée et coordonnée aux besoins des jeunes en difficulté. Par ailleurs, plusieurs situations interpellent simultanément les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu scolaire.

Dans ce contexte, l’Agence a coordonné des travaux sur l’intervention intégrée dans le cadre de l’offre de service pour les jeunes en difficulté. En 2011-2012, ces travaux ont principalement porté sur les mécanismes des règlements des cas complexes et litigieux de même que sur les protocoles d’arrimage entre le Centre jeunesse, les CSSS et le milieu scolaire. Ces protocoles d’arrimage concernaient : l’intervention en trouble du comportement et la gestion de la crise, le retrait et le placement dans le cadre de la LSSSS, la clientèle non collaboratrice et l’accès aux services, la négligence ainsi que le besoin de service immédiat et les vérifications complémentaires.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, l’entente de complémentarité entre le MELS et le MSSS a donné lieu à plusieurs activités conjointes portées aux plans local et régional. Parmi les réalisations, soulignons :

- l’adoption et la mise en œuvre d’un cadre de référence sur un continuum de services intégrés pour les jeunes 5-12 ans qui présentent des difficultés ou troubles du comportement;
- l’élaboration d’un cadre de référence favorisant la mise en œuvre des plans de services individualisés et intersectoriels (PSII) dans la région, afin d’offrir une réponse adaptée et concertée aux besoins des enfants et de leur famille;
- la mise en œuvre des activités de formation et d’accompagnement destinées aux intervenants œuvrant auprès des jeunes, dans le cadre du Plan d’action régional sur le déficit d’attention/hyperactivité – Concentrons nos énergies.

Sommaire des investissements

Jeunes en difficulté	Crédits de développement et de réallocation 2007-2012
Services de première ligne	1 800 000 \$
Services spécialisés	1 379 500 \$
Hébergement communautaire	195 000 \$
Total	3 374 500 \$

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

- Les services de première ligne ont rejoint en moyenne 10 450 usagers annuellement, pour un nombre moyen d’interventions qui se situait à 6,8 en 2011-2012.
- Les huit territoires de CSSS de la région ont mis en place un programme d’intervention en négligence, le Programme d’aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC).
- Le cadre de référence Faire la courte échelle, en place depuis 2005, vise l’intégration des services pour les familles présentant une problématique de négligence. Il est déployé dans l’ensemble de la région. Sur chaque territoire, une répondante s’assure d’animer la concertation intersectorielle, organiser les services intégrés en négligence, de planifier et coordonner les mesures de soutien aux équipes et au partenariat et coordonner le PAPFC.
- En 2007-2008, en appui à l’implantation des Services intégrés pour adolescents et leur famille, un cadre de référence portant sur la problématique des troubles du comportement chez les adolescents et l’intervention en situation de crise en CSSS, l’Agence a soutenu l’embauche de ressources supplémentaires et a offert un programme de formation aux intervenants.

LES SERVICES SPÉCIALISÉS

LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN CENTRE JEUNESSE

- Le nombre de signalements reçus et retenus par le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec est considérablement supérieur à la moyenne du Québec (3^e plus élevé). Toutefois, le taux de rétention des signalements de la région (39,95 %) est légèrement inférieur à la moyenne nationale (43,01 %). Évidemment, cette situation entraîne des contraintes dans les services.
- Depuis plusieurs années, les délais moyens d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse enregistrés dans la région sont plus courts que ceux attendus. Il en est de même pour ceux à l'application des mesures en protection de la jeunesse. On observe cependant une augmentation des délais d'attente depuis 2010-2011. Cette augmentation va de pair avec une recrudescence des signalements reçus et retenus par la Direction de la protection de la jeunesse. D'ailleurs, le Centre jeunesse, en collaboration avec l'Agence, a élaboré un plan d'action en juin 2011 afin de mettre en œuvre des mesures visant à diminuer la liste d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse. L'Agence a investi 150 000 \$ afin de soutenir le Centre jeunesse dans l'implantation de ces mesures.
- En 2006, le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec a mis en place le Programme de qualification des jeunes qui aide des jeunes qui ont connu de longs placements à développer leur autonomie et à favoriser leur accès au marché du travail. Ces jeunes bénéficient d'un accompagnement intensif et d'un soutien vers le passage à la vie adulte et, ce, pendant trois ans, soit jusqu'à l'âge de 19 ans.

Taux de signalements 2007-2008 à 2011-2012

Par 1 000 jeunes	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Signalements reçus moy. provinciale	45	46	48	53	52
Signalements reçus région MCQ	73 + 62 %	70	71	81	80 + 54 %
Signalements retenus moy. provinciale	19	20	21	23	22
Signalements retenus région MCQ	29 + 53 %	26	29	32	34 + 54 %

Bon coup!

LE PROGRAMME ENSEMBLE POUR LES ENFANTS

Ce programme constitue un modèle de services novateur et unique au Québec. D'abord implanté en avril 2005 sous forme de projet pilote, il est offert de manière permanente dans un quartier défavorisé de Shawinigan, et ce, depuis mars 2010. De plus, une deuxième équipe a été mise sur pied dans la paroisse Saint-Paul à Grand-Mère en 2010. Une équipe intégrée, constituée d'intervenants du CSSS de l'Énergie et du Centre jeunesse, agit au quotidien dans la communauté. L'Agence et les deux établissements soutiennent financièrement la coordination des équipes.

Ce projet offre un modèle de partenariat dépassant les formes de collaboration habituellement expérimentées entre le CSSS de l'Énergie et le Centre jeunesse. Les intervenants qui y travaillent, vivent littéralement une mission commune allant au-delà de l'appartenance à leur établissement d'origine. Les familles qui reçoivent les services de cette équipe sont sous la responsabilité de l'ensemble des intervenants. L'intervention de l'équipe facilite l'accessibilité et garantit la continuité, stabilise le lien intervenant-client et augmente l'intensité et la qualité des services à une clientèle. Les résultats sont probants : après la première année de fonctionnement, on constatait déjà une diminution du taux de signalement de 35 % dans les quartiers visés.

Bon coup!

LES ORIENTATIONS RÉGIONALES EN NÉGLIGENCE ET TROUBLES DU COMPORTEMENT

L'Agence a mis sur pied un comité de travail dont les principaux mandats étaient de déterminer un seuil minimal de services à dispenser sur tous les territoires et d'établir des zones formelles de collaboration entre les services de première et de deuxième ligne. L'objectif était de rendre les interventions plus concertées et cohérentes et de trouver des moyens d'aller plus loin, en partageant les compétences et responsabilités pour éviter les zones grises et les vides de service en ce qui concerne deux problématiques, soit la négligence et les troubles du comportement.

LES DÉPENDANCES

LES ORIENTATIONS RÉGIONALES EN DÉPENDANCES

Les Orientations régionales en dépendances 2008-2012 visent à prévenir, réduire et traiter les dépendances de même qu'à limiter les conséquences qui y sont associées. Dans le but d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services, l'Agence a aussi choisi de consacrer, dès l'année 2008-2009, plus d'un million de dollars récurrents à la mise en œuvre des orientations régionales.

Dans cette foulée, l'Agence a notamment soutenu la consolidation des services de première ligne, déployé un programme de formation sur les services de première ligne en dépendances et conçu un cadre de référence portant sur le repérage, la détection, l'orientation et la référence en matière de dépendances.

Sommaire des investissements

Dépendances	Crédits de développement et de réallocation 2007-2012
Services de première ligne	430 000 \$
Services spécialisés	538 000 \$
Autres	293 500 \$
Total	1 261 500 \$

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

- L'Agence soutient financièrement les huit tables territoriales de concertation de la région dans la réalisation d'actions de prévention auprès de la population, notamment auprès des clientèles ayant des besoins particuliers.
- Dans les huit CSSS de la région, 443 personnes avaient reçu des services de repérage, de détection ou d'intervention précoce relativement à leurs habitudes de consommation d'alcool, de drogues ou de jeux de hasard et d'argent au 31 mars 2012.
- Les crédits dégagés par l'Agence ont notamment permis l'embauche d'intervenants dédiés (10) au programme Dépendances dans chacun des CSSS. Plus de 150 intervenants de la région ont aussi reçu une formation sur les services de première ligne en dépendances.

LES SERVICES SPÉCIALISÉS

- Le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec dessert en moyenne 3 785 adultes par année, dont 474 adultes en hébergement (l'hébergement jeunesse étant assuré par le centre Le Grand Chemin inc.). Plus de 85 % de la clientèle est évaluée à l'intérieur d'un délai de 15 jours, alors que la cible attendue pour 2015 est de 80 %. En 2011-2012, 594 adolescents ont été suivis par Domrémy.
- En 2008-2009, le centre de réadaptation s'est vu confié le mandat d'améliorer la couverture des services de réadaptation pour les clientèles ayant des besoins particuliers, notamment les jeunes en difficulté, les femmes enceintes ou mères de jeunes enfants, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ainsi que les utilisateurs de drogues injectables.

LE JEU PATHOLOGIQUE

- L'Agence soutient financièrement les huit tables territoriales de concertation en dépendances pour assurer la réalisation d'actions en prévention du jeu pathologique auprès de la population.
- L'Agence soutient aussi le plan d'action du CSSS de Trois-Rivières visant à prévenir les méfaits liés à la présence d'un salon de jeux à Trois-Rivières.

- Enfin, en 2008-2009, l'Agence a soutenu la réalisation d'un colloque intersectoriel intitulé Dépendances et productivité et organisé conjointement par Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec avec la Société de développement économique et la Chambre de commerce de Drummondville de même que le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (l'actuel ministère des Finances et de l'Économie). L'événement s'inscrivait dans le cadre d'une stratégie de sensibilisation et de soutien aux employeurs du secteur manufacturier.



L'ITINÉRANCE

L'itinérance est un phénomène social qui connaît une ampleur croissante depuis les vingt dernières années en Mauricie et au Centre-du-Québec, de sorte que la nécessité d'agir en concertation autant entre le milieu communautaire et le réseau public, qu'avec les autres ministères concernés est devenue incontournable.

L'Agence a contribué à la réalisation de plusieurs actions visant la prévention et la réduction du phénomène de l'itinérance, d'une part à titre de partenaire dans le déploiement des programmes fédéraux de contribution financière et, d'autre part, en soutien à la mise en oeuvre de mesures du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013.

L'ÉQUIPE ITINÉRANCE À TROIS-RIVIÈRES

L'Agence collabore entre autres à un projet pilote visant à améliorer la coordination des services et le suivi de la clientèle à Trois-Rivières.

En place depuis 2010, l'Équipe Itinérance (équipe d'intervenants mobiles) est composée de quatre intervenants provenant de chacune des organisations partenaires au projet : le CSSS de Trois-Rivières (1^{re} ligne et CH), le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec ainsi que les organismes communautaires Centre Le Havre de Trois-Rivières et Point de Rue. L'Agence assure le suivi de ce projet et les interfaces avec la démarche de coordination intersectorielle en itinérance de Trois-Rivières, tout en contribuant au financement du projet.

Cette équipe constitue un dispositif d'intervention qui facilite l'intégration et la coordination des services existants, tout en adaptant l'offre de service aux caractéristiques particulières de la clientèle en rupture sociale; une clientèle très difficile à rejoindre. Entre novembre 2010 et février 2012, l'équipe a desservi 130 personnes (104 hommes et 26 femmes). Vingt-six d'entre elles sont des jeunes de moins de 30 ans et 15 sont âgés de plus de 60 ans.

La culture de concertation et de partenariat qui s'est développée avec les partenaires du milieu a facilité la coordination intersectorielle en itinérance et permis l'émergence de projets novateurs mais surtout, ce partenariat se traduit par des gains significatifs pour des personnes très vulnérables. Il a ainsi obtenu une mention spéciale lors de l'édition 2012 de la remise des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux.

LE PLAN D’ACTION EN SANTÉ MENTALE

L’implantation dans la région du Plan d’action ministériel en santé mentale 2005-2010 a exigé un virage important au niveau de l’organisation des services. Afin de favoriser, entre autres, la prise en charge de la clientèle par les services de première ligne, des investissements significatifs ont été effectués pour consolider les équipes de santé mentale, dont les équipes de soutien d’intensité variable (SIV).

Parmi les réalisations, il est important de souligner :

- le financement de 21,5 ETC en soutien d’intensité variable et 8 ETC pour les équipes d’évaluation et de traitement de première ligne;
- la mise en place des guichets d’accès pour les clientèles adultes et les jeunes dans chaque CSSS de la région favorisant une orientation optimale des demandes de services en santé mentale;
- le déploiement régional du SIV :
 - cadre régional de référence,
 - programme régional de formation de 13 jours,
 - programme d’accompagnement des gestionnaires,
 - outils d’information destinés aux médecins et à la population;
- le soutien financier à l’intégration, dans la planification et dans l’organisation des services de santé mentale, des utilisateurs de services ainsi que de leurs proches;
- l’implantation de réseaux de sentinelles dans des milieux regroupant des clientèles à risque de suicide.

Sommaire des investissements

Santé mentale	Crédits de développement et de réallocation 2007-2012
Services de première ligne	2 420 000 \$
Multiproblématiques	850 000 \$
Autres	200 000 \$
Total	3 470 000 \$

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

LES SERVICES AUX JEUNES

Malgré l’implantation des services de santé mentale jeunesse en première ligne et des guichets d’accès, la liste d’attente en pédopsychiatrie ne cesse d’augmenter, particulièrement sur le territoire de Trois-Rivières qui doit répondre aux besoins des territoires avoisinants. Le continuum de services en santé mentale pour les jeunes est implanté à géométrie variable et sera l’objet de travaux régionaux dans la prochaine année.

LES SERVICES AUX ADULTES

La mise en place d’un guichet d’accès en santé mentale dans tous les RLS s’est déroulée de 2007 à 2010. Le guichet d’accès permet notamment de diriger plus facilement les personnes vers le bon service, d’accroître la fluidité entre les services généraux (médical et psychosocial) et les services de première ligne santé mentale et permet une utilisation optimale des services de deuxième ligne.

- L’Agence a accordé une priorité d’action à l’implantation du SIV en soutenant la formation, les changements de pratiques et l’embauche d’intervenants supplémentaires. Le nombre de personnes desservies a ainsi augmenté de façon importante depuis les dernières années, passant de 173 en 2005-2006 à 504 en 2011-2012.

- En ce qui a trait à la problématique du suicide, l'Agence s'assure de consolider l'arrimage entre les volets prévention et organisation de services :
 - Au cours des dernières années, chaque CSSS s'est affairé à l'amélioration du continuum de services adaptés aux besoins des personnes suicidaires, dans le but de faciliter l'arrimage entre les ressources impliquées et de favoriser la mise en réseau des omnipraticiens.
 - Une entente spécifique pour l'implantation de réseaux de sentinelles auprès de la population 0-100 ans a été signée entre l'Agence et les cinq centres de prévention du suicide de la région.
 - Dans chaque territoire de CSSS, des réseaux de sentinelles ont été implantés dans des milieux regroupant des clientèles à risque de suicide. Au total, 879 sentinelles ont été formées dans les milieux de travail, scolaire, agricole et communautaire de la région pour reconnaître les signes précurseurs associés au suicide.

■ LES SERVICES SPÉCIALISÉS

LES SERVICES AUX JEUNES

- Le nombre de jeunes de moins de 18 ans en liste d'attente depuis plus de 60 jours en pédopsychiatrie a augmenté dans la région, passant de 93 à 114 entre avril 2007 et mars 2012. En effet, la pénurie d'effectifs médicaux en pédopsychiatrie maintient la région dans une position de fragilité et la capacité d'accueil demeure insuffisante dans plusieurs territoires.
- Afin de répondre adéquatement aux besoins des jeunes hébergés en centre de réadaptation présentant des problèmes graves de santé mentale ou ayant des tendances suicidaires, le Centre jeunesse a créé, en 2007-2008, deux unités d'intervention intensive de six places chacune. L'année suivante, l'établissement a consolidé la mise en place d'une équipe multidisciplinaire de deuxième niveau qui supporte les intervenants de l'interne et de l'externe travaillant auprès des jeunes présentant un risque suicidaire.
- Au cours de l'année 2011-2012, l'Agence a identifié comme étant prioritaire l'organisation des services pour les personnes, jeunes et adultes, aux prises avec un trouble des conduites alimentaires. L'Agence a donc mis sur pied un comité de travail dont le principal mandat est d'effectuer des recommandations sur l'organisation régionale de services et la mise en place d'un continuum d'interventions. Nous avons pris l'initiative d'effectuer un état de situation et d'interpeller deux instituts universitaires, soit le Centre hospitalier Douglas et le CHU Ste-Justine pour amorcer une collaboration et nous soutenir au niveau de l'implantation des différentes orientations régionales.

LES SERVICES AUX ADULTES

Deux territoires sur huit ont mis en place la fonction de médecins spécialistes répondant en psychiatrie.

Bon coup!

LE SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE

Le SIV, offert par les équipes de santé mentale des CSSS de la région, vise à la fois le maintien dans la communauté de la personne ayant un trouble mental grave et l'amélioration de sa qualité de vie. Les interventions se déroulent presque exclusivement dans son milieu de vie. Ces services spécifiques sont offerts dans une perspective de rétablissement et d'appropriation du pouvoir. La clientèle des services de SIV nécessite une moyenne de 2 à 7 rencontres par période de 28 jours.

L'Agence et les CSSS de la région ont consenti des efforts considérables à l'implantation des services de SIV au cours des dernières années :

- La diffusion en 2007 d'un cadre de référence régional qui à plusieurs égards impliquait un changement radical des pratiques professionnelles, a permis de baliser le SIV et de soutenir le déploiement de ce type de services.
- L'Agence a aussi soutenu l'ajout de 21,6 ETC dédiés à ce programme et déployé, en 2007-2008, un vaste programme régional de formation des intervenants de SIV. Près d'une cinquantaine de personnes ont été formées dans notre région.
- Les résultats demeurent en deçà de la cible fixée (1 258 en 2015); cependant, la performance régionale se situe dans le premier quartile par rapport à l'ensemble du Québec (101 usagers/100 000 de population en Mauricie et au Centre-du-Québec par rapport à 52/100 000 pour l'ensemble du Québec).



LES SERVICES AUX PERSONNES PRÉSENTANT DES PROBLÉMATIQUES MULTIPLES ET COMPLEXES : DÉVELOPPEMENT D'UNE OFFRE DE SERVICE RÉGIONALE ET IMPLANTATION DE QUATRE MESURES SPÉCIFIQUES

En 2006, l'Agence a retenu l'accès aux services pour les personnes présentant des problématiques multiples comme cible d'action prioritaire, d'où résultent les Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples.

Toutefois, l'expérimentation vécue depuis 2006 met en évidence le besoin de compléter ces orientations régionales, particulièrement en ce qui a trait à l'organisation des services à l'intention des personnes aux prises avec des problèmes multiples associés à un haut niveau de dangerosité.

En effet, malgré la volonté du réseau de promouvoir l'intégration et la participation sociale dans la communauté, celui-ci est vite confronté à des limites importantes lorsqu'une personne présente des problématiques multiples et complexes associées à un potentiel de dangerosité. Ainsi, l'actualisation du Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples, adopté en 2009, vise à soutenir les établissements qui œuvrent auprès de cette clientèle.

Le document identifie quatre mesures devant faire l'objet d'une proposition d'offre de service par les établissements mandatés à cette fin. Ces mesures sont :

- un centre d'expertise et de formation sur les troubles de comportement;
- une ressource de transition offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive pour la clientèle DI-TED avec troubles graves du comportement;
- un service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaire;
- un service d'évaluation externe.

Le CSSS de l'Énergie et le CRDITED MCQ - IU ont été mandatés par l'Agence pour élaborer une offre de service régionale. Par ailleurs, il est à noter que la contribution significative et active de tous les établissements de la région est nécessaire pour assurer le succès de l'implantation des mesures prévues. Au 31 mars 2012, les travaux préalables à l'élaboration des propositions d'offre de service, mettant à contribution l'ensemble des établissements de la région, sont terminés. Conséquemment, les établissements mandataires ont élaboré ou sont en élaboration de leurs propositions respectives.

À ce jour, une des quatre mesures est opérationnelle, soit la ressource de transition offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive pour la clientèle adulte du CRDITED MCQ - IU présentant des troubles graves du comportement. De plus, la faisabilité du modèle d'organisation de services proposé pour le Centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement (CEF-TC) est en cours de validation par le biais d'expériences pilotes qui s'actualiseront jusqu'en mars 2013.

Le leadership assumé par l'Agence dans la mise en œuvre du complément aux orientations régionales se traduit concrètement par la coordination des travaux entourant la structure d'implantation des mesures prévues.

Plus précisément, l'Agence pilote les travaux du comité de suivi à l'implantation et des groupes de travail associés à chacune des quatre mesures, assurant ainsi la liaison et l'harmonisation des actions dans une perspective régionale. À titre indicatif, voici quelques-unes des actions posées dans la séquence vers la mise en œuvre des mesures :

- l'élaboration d'un protocole d'arrimage quant au partage global de l'offre de service concernant la clientèle présentant des problématiques multiples;
- la conception d'un guide d'objectivation du caractère dangereux des comportements agressifs chez une clientèle adulte présentant des problématiques multiples; ce guide vise à soutenir les intervenants du réseau régional leur permettant d'objectiver le caractère dangereux des comportements problématiques pour mieux orienter l'usager;
- l'analyse de la pertinence de dédier un équivalent temps complet en psychiatrie au PREM en spécialités pour 2013, en lien avec les mesures du complément.

L'actualisation des mesures annoncées permettra d'améliorer l'accès, la continuité et la complémentarité des services de première ligne et des services spécialisés offerts à cette clientèle dont le profil de besoins est souvent en dehors du cadre intégrateur uniforme à l'ensemble du réseau. Malgré l'importance des étapes franchies jusqu'à maintenant, il demeure néanmoins que l'avancement de ce dossier est complexe et appelle à un leadership transformationnel.



LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'EXAMEN DES PLAINTES

Conformément à l'article 340 de la LSSSS, l'Agence doit s'assurer d'une prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux. Pour ce faire, différentes activités sont réalisées, notamment sur la gestion des risques et l'utilisation des mesures de contrôle. Par ailleurs, l'Agence participe aussi aux visites d'appréciation de la qualité en CHSLD et en assure le suivi.

LA GESTION DES RISQUES

- En décembre 2011, le premier Rapport semestriel sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec recensait un total de 10 486 événements pour la région. La majorité des événements survenus suivent la tendance nationale, c'est-à-dire que les chutes (42,3 %) et la médication (29,9 %) sont les événements les plus déclarés.
- La très grande majorité de ces événements n'ont eu aucune conséquence importante sur les personnes. De plus, il convient de mettre en perspective ces résultats considérant les centaines de milliers d'interventions et de gestes posés par le personnel du réseau régional.
- L'Agence mène les activités nécessaires pour harmoniser la déclaration d'événements et soutient la formation des différents acteurs en gestion des risques.

LES MESURES DE CONTRÔLE

- En cohérence avec la publication d'un nouveau cadre de référence ministériel en 2011-2012, les établissements ont entrepris la révision de leur protocole local d'application des mesures de contrôle. Au 31 mars 2012, 9 des 11 établissements concernés avaient terminé cette révision.
- Afin de suivre l'évolution des pratiques et de s'assurer du respect des orientations ministérielles, la région s'est donnée pour objectif de développer des indicateurs communs d'application des mesures de contrôle. Des travaux ont été initiés à cet égard en 2011-2012.

LES VISITES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ EN CHSLD

- Toutes les installations de la région ont été visitées; la dernière en février 2012. Un premier cycle a ainsi été complété.
- L'Agence participe aux visites et convient par la suite, avec chaque CSSS, d'un plan d'amélioration découlant du rapport de visite. Aussi, deux fois par année, une analyse de l'état d'avancement des plans d'amélioration des installations visitées entre 2007 et 2010 et dont le suivi demeure actif est réalisée.
- Dans l'ensemble, la situation est très favorable et le suivi aux recommandations s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue. On constate en effet que les recommandations faites pour une installation étant généralement appliquées dans le cadre plus général d'un plan d'amélioration de l'établissement. Par conséquent, il est maintenant exceptionnel que les visiteurs refassent les mêmes recommandations dans une seconde installation d'un même établissement.

L'EXAMEN DES PLAINTES

Entre 2007 et 2012, le commissaire régional a examiné 333 plaintes et réalisé 269 interventions. Les commissaires locaux des établissements de la région ont quant à eux examiné 3 901 plaintes et réalisé 1 538 interventions, alors que les médecins examinateurs ont procédé à l'examen de 707 plaintes pendant la même période.

L'un des principaux objectifs du régime d'examen des plaintes est de contribuer à l'amélioration de la qualité des services et au respect des droits des usagers. À ce sujet, il est intéressant de jeter un regard sur la proportion des motifs de plainte qui ont permis d'identifier des mesures correctives. On observe ainsi que :

- Des mesures correctives sont identifiées pour près de 67 % des motifs de plainte et d'intervention dont le traitement a été complété par le commissaire régional.
- Cette proportion est d'un peu plus de 48 % dans le cas des plaintes traitées et des interventions effectuées par les commissaires locaux des établissements de la région.
- Dans le cas des plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, traitées par les médecins examinateurs des établissements, des mesures correctives ont été identifiées dans 27 % des motifs de plainte. Ces données permettent de mesurer l'efficacité et la contribution du traitement des plaintes à l'amélioration de la qualité des services.

LES DÉFIS ET PERSPECTIVES

Section 7

LA MISE EN ŒUVRE DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Le Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec vise à répondre aux grands enjeux et défis auxquels fait face le réseau régional. Il a été conçu selon une approche d'élaboration d'un projet commun partagé entre l'Agence et les établissements, dont l'amélioration continue de la performance constitue la trame de fond.

Il ne contient pas toutes les priorités de la Mauricie et du Centre-du-Québec ou de ses territoires, ni l'ensemble des plans d'action, programmes, activités en place ou à venir. Il s'agit plutôt d'un outil visant à améliorer le contexte dans lequel ces plans et programmes se concrétisent, en s'attaquant à des enjeux transversaux de manière à dégager des gains encore plus marqués.

Certains des chantiers qu'il propose prennent cependant une importance particulière, compte tenu de l'ampleur des défis et des répercussions sur l'ensemble des activités du système de santé et de services sociaux.

LA PRÉVENTION ET LA GESTION INTÉGRÉE DES MALADIES CHRONIQUES ET LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

L'importance et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et le phénomène du vieillissement de la population exigent la mise en place de stratégies nécessaires pour faire face adéquatement à ces défis.

La prise en charge précoce des personnes atteintes permet de réduire l'impact des maladies chroniques à long terme et à préserver leur qualité de vie. Par ailleurs, l'accroissement du nombre de personnes âgées et l'hétérogénéité des cohortes invitent à faire preuve d'ingéniosité dès maintenant afin de répondre aux besoins des aînés d'aujourd'hui et de demain.

L'ACCÈS À DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET INTERDISCIPLINAIRE

Les efforts à poursuivre d'ici 2015 visent la coordination des services médicaux de première ligne dans chaque territoire local et la mise en œuvre de mécanismes assurant les liens cliniques et diagnostiques entre les médecins omnipraticiens et le CSSS.

De plus, les besoins de la population évoluent rapidement et les problèmes de santé sont de plus en plus complexes. Ils requièrent une adaptation constante de la pratique médicale et des pratiques professionnelles en première ligne.

Enfin, le soutien à l'adaptation constante de l'organisation des services apparaît incontournable dans un contexte où les besoins évoluent constamment et où les ressources sont limitées

■ LE SUIVI ET LA GESTION OPTIMALE DES URGENCES

La pression sur les salles d'urgence de la région, particulièrement à Trois-Rivières, est élevée.

Plusieurs facteurs contribuent à cette situation. L'accès limité aux médecins de famille en est un. Aussi, une prise en charge insuffisante de différents types de clientèle de même qu'une rupture dans le continuum ou la coordination des services se répercutent rapidement sur les services d'urgence, d'où la nécessité d'assurer une coordination régionale et de poursuivre les actions en amont des services d'urgence pour renforcer la première ligne.

■ LES RESSOURCES HUMAINES

Le fait de pouvoir compter sur les ressources mobilisées, disponibles et en nombre suffisant est une clé incontournable pour faire face aux enjeux actuels, tant au chapitre de l'intégration des nouvelles pratiques qu'au niveau de la continuité, de l'accessibilité ou encore de la révision des processus de travail et de gestion.

La gestion renouvelée des ressources humaines, enjeu régional énoncé au plan stratégique, passe par l'implication des cadres et nous interpelle sur l'importance de les soutenir dans la l'exercice de leurs rôles et de leurs responsabilités.

Nos actions régionales en main-d'œuvre visent essentiellement à réduire le niveau d'absentéisme pour cause de maladie, à accroître l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre, à optimiser le processus de formation en recourant notamment à la formation en ligne et à agir pour une meilleure qualité des services, sur le mieux-être au travail.

■ LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

L'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux est un incontournable. La région a fait le choix de le faire dans une approche régionale, en priorisant la circulation de l'information clinique, sécurisée et fiable, afin de contribuer à l'amélioration continue de la performance des RLS et de la région.

L'ampleur et la quantité des chantiers à mener représentent un défi. Les ressources humaines responsables du développement, de l'implantation et de la gestion des ressources informationnelles se raréfient et le niveau d'expertise exigé s'accroît constamment. La capacité d'avoir une vision globale et évolutive des projets technologiques est essentielle et, dans cette situation, aucun facteur ne peut être négligé. Les ressources humaines et financières étant limitées, il faut mettre en commun tout ce qui peut l'être et maximiser chaque dollar et chaque effort.

Il importe donc de prendre les moyens de faire avancer l'informatisation, tout en maintenant les acquis et en favorisant l'implication ainsi que la mobilisation des ressources. Le PSRRI vise à répondre à ces défis en nous donnant une vision d'ensemble des actions à mener et à prioriser. La gouvernance régionale et la gestion de projets mises en place sont les assises pour réaliser cette vision, de façon évolutive et concertée régionalement.

■ LE RÉSEAUTAGE ET LE PARTENARIAT

Ces défis interpellent plusieurs composantes du réseau et sollicitent notre capacité à travailler en réseau en misant sur notre modèle de gouvernance. Nous avons marqué un pas important à ce chapitre en convenant de la dynamique régionale qui nous caractérise désormais.

La réalisation de cette mission partagée par l'Agence et les établissements, soit l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, nous invite, plus que jamais, à développer et consolider de réels partenariats sectoriels ou intersectoriels, au niveau des services cliniques, en réponse aux besoins de la population.

Le défi du partenariat réside ainsi dans notre capacité à maintenir et à consolider cette vision dans l'action.



CENTRE ADMINISTRATIF

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

350, rue St-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

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

Québec 

www.agencesss04.qc.ca