



## Ordre du jour – séance régulière

Conseil d'administration d'établissements (CAE)  
du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Le 9 juin 2026, de 15 h à 18 h

Salle Frances-Whittle (1629), Édifice Norton  
461, rue Argyll, Sherbrooke (Québec) J1J 3H5

Horaire	Sujets	Doc J ou SP
15 h (5 min)	<b>1. Ouverture de la séance, mot de bienvenue de la PDGA et de la présidente et constatation des présences</b> <i>Annie Boisvert, PDGA, et Jocelyne Faucher, présidente du CAE</i>	
15 h 05 (5 min)	<b>2. Lecture et adoption de l'ordre du jour</b> <i>Jocelyne Faucher</i>	
	<b>3. Déclaration d'intérêts en regard des membres du CAE</b> <i>Jocelyne Faucher</i>	
15 h 10 (5 min)	<b>4. Lecture, approbation et suivis de procès-verbaux</b> 4.1. Séance régulière du 9 avril 2026	Doc J
15 h 15 (15 min)	<b>5. Informations du PDG</b> <i>Annie Boisvert</i>	
15 h 30 (30 min)	<b>6. Période de questions du public</b>	
16 h (45 min)	<b>7. Thématiques</b> <i>Jocelyne Faucher</i> 7.1. Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne <b>Invitée</b> : <i>Karine Duchaineau, directrice générale adjointe aux programmes sociaux et de réadaptation (DGA-PSR)</i> 7.2. Thématiques autres 7.3. Présentation de la nouvelle image Santé Québec <b>Invitée</b> : <i>Pascale Bélisle, directrice adjointe des affaires juridiques et publiques</i>	Doc J     Doc J
16 h 45 (15 min)	<b>8. Pause</b>	
17 h (15 min)	<b>9. Rapports obligatoires</b> 9.1. Rapport du Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CIETOC) <b>Invités</b> : <i>Annie Boisvert et Félix Massé, adjoint à la DGA-PSR</i> 9.2. Rapport annuel sur l'application de la politique sur les soins de fin de vie – <i>sujet reporté à l'automne</i>	Doc J
17 h 15 (25 min)	<b>10. Informations des comités et instances du CAE et du PDG</b> <i>Annie Boisvert</i> 10.1. Comité sur la mission universitaire (CMU) 10.2. Comité sur la gouvernance de proximité (CGP – RLS) 10.3. Comité vigilance qualité (CVQ)	Doc J Doc J Doc J
17 h 40 (5 min)	<b>11. Prochaine séance et clôture de la séance</b> <i>Jocelyne Faucher</i> 11.1. <i>Mise à jour du cycle de gestion 2026-2027 et dates des prochaines séances régulières</i>	
17 h 45 (15 min)	<b>1. Évaluation de la rencontre</b> <i>Jocelyne Faucher</i>	

## Projet de procès-verbal – Rencontre régulière du Conseil d'administration d'établissement (CAE)

**Date :** Le 9 avril 2026, de 15 h à 18 h

**Lieu :** Salle Frances-Whittle (1629), Édifice Norton, 461, rue Argyll, Sherbrooke (Québec) J1J 3H5

Présences		
Frank Béraud, administrateur	André Forest, vice-président	Marc Quessy, administrateur
Diane Blais, administratrice	Alexandre Genest, administrateur	Karine Therrien, administratrice (en virtuel)
Julie Bourdon, administratrice	Hugues Grimard, administrateur	Stéphane Tremblay, président-directeur général (en virtuel)
Martin Clermont, administrateur	Magali Héroux, administratrice	Luc Vachon, administrateur
Lucie Delisle, administratrice	Nathalie Pelletier, administratrice (en virtuel une partie de la rencontre)	
Jocelyne Faucher, présidente	Jean-Pierre Perreault, administrateur	

Absences motivées		
Simon Bérubé, administrateur	Chloé Corbeil-Smith, administratrice	

Absences non-motivées
Aucune

Sujets	Suivi/État
<b>1. Ouverture de la séance, mot de bienvenue du PDG et de la présidente intérimaire et constatation des présences</b>	<b>Complété</b>
Mme Faucher souhaite la bienvenue aux membres et les remercie pour leur participation.	

Sujets	Suivi/État
<b>2. Lecture et adoption de l'ordre du jour</b>	<b>Complété</b>
<p>L'ordre du jour suivant est adopté à l'unanimité :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ouverture de la séance, mot de bienvenue du PDG et de la présidente et constatation des présences</li> <li>2. Lecture et adoption de l'ordre du jour</li> <li>3. Déclaration d'intérêts en regard des membres du CAE</li> <li>4. Lecture, approbation et suivis de procès-verbaux <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Séance régulière du 15 janvier 2026</li> </ol> </li> <li>5. Informations du PDG</li> <li>6. Période de questions du public</li> <li>7. Thématiques <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1. Mécanisme d'accès à la chirurgie</li> <li>7.2. Thématiques autres</li> <li>7.3. Portrait populationnel estrien</li> </ol> </li> <li>8. Rapports obligatoires <ol style="list-style-type: none"> <li>8.1. Rapport annuel du comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO)</li> <li>8.2. Rapport annuel du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF)</li> </ol> </li> <li>9. Informations des comités et instances du CAE et du PDG <ol style="list-style-type: none"> <li>9.1. Comité sur la mission universitaire (CMU)</li> <li>9.2. Comité sur la gouvernance de proximité (RLS) (CGP)</li> <li>9.3. Comité vigilance qualité (CVQ) <ol style="list-style-type: none"> <li>9.3.1. Dépôt de l'ordre du jour de la séance du 25 février 2026</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>10. Prochaine séance et clôture de la séance publique</li> </ol>	
<b>3. Déclaration d'intérêts en regard des membres du CAE</b>	<b>Complété</b>
Aucune déclaration d'intérêts n'est signalée par les membres.	

Sujets	Suivi/État
<b>4. Lecture, approbation et suivis de procès-verbaux</b>	<b>Complété</b>
<p>4.1 Séance régulière du 15 janvier 2026</p> <p>Après en avoir pris connaissance, les membres adoptent le procès-verbal de la séance régulière du 15 janvier 2026 tel que présenté.</p>	
<b>5. Informations du PDG</b>	<b>Complété</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouvelles du siège social <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le 27 mars 2026, la ministre de la Santé du Québec, Sonia Bélanger, a annoncé la première politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne, qui vise à redonner aux CLSC leur rôle de porte d'entrée principale du système de santé. Cette réforme, qui s'inscrit dans la continuité de la transformation du réseau, place le CLSC au cœur de l'organisation des soins, avec un objectif de proximité.</li> <li>○ Le 1er avril 2026, le gouvernement du Québec a lancé la stratégie nationale Grandir en confiance, une initiative majeure visant à transformer la protection de la jeunesse en mettant l'accent sur la prévention.</li> <li>○ Projets d'infrastructure (PQI) : deux projets ont été sélectionnés, soit le centre intégré de cancérologie, volet 1, et le laboratoire serveur de Fleurimont, en phase <i>planification</i>, ce qui constitue une excellente nouvelle.</li> </ul> </li> <li>• Nominations de cadres supérieurs et de chefs de départements médicaux et de pharmacie Les membres sont informés des nominations effectuées depuis la dernière rencontre.</li> <li>• Ouverture du Pavillon Enfant-soleil et urgence (PESU) Certains éléments ont nécessité la coordination de mesures correctives. Les membres saluent le travail et l'engagement des équipes. Par ailleurs, quatre candidatures ont été déposées à l'automne dans le cadre du programme AVISÉ afin de soutenir le déploiement de nouvelles pratiques. Les quatre projets soumis ont été retenus et bénéficient d'un soutien financier.</li> </ul>	

Sujets	Suivi/État
<p>Enfin, un bilan de l'atteinte des cibles a été présenté. Les nouvelles cibles d'accessibilité à atteindre pour la prochaine année, en lien avec le PESU ont également été communiquées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Présentation du tableau de bord – Accessibilité des services de première ligne</b> Le tableau de bord sur l'accessibilité des services de première ligne est présenté. Des remerciements sont adressés aux médecins (MD) impliqués pour leur contribution significative à l'amélioration de l'accessibilité. Les membres soulignent leur satisfaction et leur fierté à l'égard du bilan, dont l'importance de la diffusion est mise en évidence. L'équipe procédera à une présentation détaillée lors de la prochaine séance. Le tableau de bord est accessible par le lien transmis, lequel sera également acheminé par courriel. Les principales causes du taux d'invalidité sont abordées et comparées à celles de l'an dernier. M. Yann Belzile complète la présentation en exposant les solutions mises en place, notamment l'instauration des veilleurs ainsi que les démarches réalisées en collaboration avec les syndicats, dans une perspective d'écoute et d'amélioration des situations.</li> <li>• <b>Médias – Obstétrique à l'hôpital de Mégantic</b> Une préoccupation médiatique est soulevée concernant les services d'obstétrique à l'hôpital de Mégantic. L'établissement réitère son souhait de procéder à la réouverture du service; toutefois, les conditions requises ne sont pas encore réunies. Les travaux se poursuivent, mais les conditions gagnantes ne permettent pas, à ce stade, une réouverture sécuritaire dans les prochaines semaines. À la suite d'une question, il est précisé que les conditions gagnantes reposent principalement sur le comblement des ressources humaines au sein des unités, afin d'assurer une main-d'œuvre adéquate et suffisante pour garantir un niveau de sécurité approprié. Le recrutement progresse, mais un manque d'infirmières persiste. L'offre de services demeure partielle et s'inscrit dans une logique de complémentarité avec les autres établissements.</li> </ul>	
<b>6. Période de questions du public</b>	<b>Complété</b>
Mme Faucher précise que deux questions ont été reçues.	

Sujets	Suivi/État
<p>Elle présente la première, soumise par M. Benoît Bouffard, agent de relations humaines à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, absent de la rencontre :</p> <p>« Conformément à la pétition acheminée antérieurement, incluant les signatures des employés et des visiteurs du centre hospitalier Brome-Missisquoi-Perkins, visant la remise en place du service de cafétéria, quelle décision le CIUSSS de l'Estrie – CHUS entend-il prendre ? »</p> <p>M. Yann Belzile, directeur général adjoint aux services administratifs, répond qu'une analyse de différents scénarios d'organisation du travail est en cours, en collaboration avec le syndicat. L'objectif est de déployer une solution dans les meilleurs délais, idéalement avant la période estivale; à défaut, une mise en œuvre est envisagée pour septembre. Des démarches sont également en cours auprès de fournisseurs externes afin d'améliorer et de bonifier l'offre de services.</p> <p>Mme Faucher donne ensuite la parole à Mme Julie Larouche, technologue en physiothérapie au CHSLD de Bedford, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, présente à la séance, pour la deuxième question.</p> <p>Mme Larouche fait état des impacts des fermetures de centres sur l'offre de services de physiothérapie, particulièrement auprès d'une clientèle âgée et à mobilité réduite. Elle souligne les effets observés sur la précarité de certains aînés, notamment une accélération de la perte d'autonomie, dans un contexte marqué par la fermeture de quatre centres. Elle mentionne également avoir récemment eu des échanges avec des gestionnaires à ce sujet. Rappelant le rôle du CAE à titre de gardien de l'expérience patient, elle formule la question suivante :</p> <p>« Est-ce que le CAE, dont l'un des rôles est d'être le gardien de l'expérience patient et qui a notamment la responsabilité de l'accès à des services et des soins de qualité, peut s'engager à analyser la situation et à trouver des solutions afin d'assurer des services de physiothérapie de proximité accessibles à la clientèle vulnérable de La Pommeraie, et me faire un retour par courriel dans les trois prochains mois ? »</p> <p>Mme Annie Boisvert, présidente-directrice générale adjointe (PDGA), prend la parole pour répondre. Elle remercie Mme Larouche pour sa mobilisation et souligne que les objectifs sont partagés en ce qui concerne la clientèle vulnérable. Elle précise que ces enjeux ont déjà été abordés dans un autre contexte avec Mme Rosane Rivard, directrice de l'hébergement en soins de longue durée (DHSLD), et qu'une rencontre de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) est prévue dans les deux prochaines semaines afin d'explorer les avenues possibles et des solutions créatives. Elle réitère l'engagement de l'organisation à analyser la situation et confirme que le message a été bien entendu.</p>	

Sujets	Suivi/État
<p>Le PDG mentionne être sensible aux éléments soulevés. Il est précisé que le CAE n'interviendra pas directement dans la suite, celle-ci relevant de l'organisation, le rôle du CAE étant d'assurer la participation citoyenne et de questionner. Mme Rosane Rivard assurera le suivi demandé auprès de Mme Larouche.</p>	
<p><b>7. Thématiques</b></p>	
<p>7.1 Mécanismes d'accès à la chirurgie</p> <p>Le Dr Bernard Larue, cogestionnaire médical à la Direction des services spécialisés, chirurgicaux et de cancérologie (DSSCC), et Mme Catherine Forget, directrice à la DSSCC, présentent les mécanismes d'accès à la chirurgie. Des améliorations importantes des délais sont constatées, la région ayant d'ailleurs reçu des félicitations à cet égard. Des défis persistent, notamment en cardiologie.</p> <p>Les axes de travail et conditions de succès sont brièvement présentés. Le taux d'utilisation des plateaux opératoires atteint environ 92 %, et une dixième salle d'opération est en construction, avec une ouverture prévue en janvier 2027.</p> <p>Une approche prédictive est privilégiée afin d'anticiper les besoins liés au vieillissement de la population. La nouvelle cible fixée est de 119 patients hors délais de plus d'un an, au le 31 mars 2027. Une mention de félicitations sera adressée aux équipes, de la part du CAE.</p> <p>7.2 Thématiques autres</p> <p>Aucun sujet n'est abordé à ce point.</p> <p>7.3 Portraits populationnels</p> <p>La Dre Isabelle Samson, directrice de santé publique, présente le portrait populationnel. Il est notamment souligné que la défavorisation matérielle constitue le gradient le plus marqué. La présentation sera transmise aux membres à la suite de la rencontre.</p> <p>Un questionnement est soulevé concernant la désinformation qui circule, en général, sur les réseaux sociaux, par exemple. Il est mentionné que la lutte à ce phénomène requiert une expertise importante et pourrait nécessiter, au sein des équipes, des profils davantage axés sur les communications ainsi que l'appui d'experts afin de mieux orienter l'information diffusée.</p>	<p><b>En cours</b></p>

Sujets	Suivi/État
<p>Mme Bourdon soulève pour sa part certains enjeux de santé publique sur son territoire, notamment la violence chez les jeunes, l'anxiété et l'influence des réseaux sociaux. Elle mentionne qu'une politique jeunesse est actuellement en cours de rédaction et que le CIUSSS sera interpellé à cet égard.</p>	
<p><b>8. Rapports obligatoires</b></p>	<p><b>Complété</b></p>
<p>8.1 Rapport annuel du comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO)</p> <p>Mme Nathalie Tremblay, membre du CÉCO, et Mme Tina Matthews, vice-présidente du CÉCO, présentent les principaux éléments du rapport annuel, incluant les réalisations ainsi que les enjeux existants ou émergents.</p> <p>Il est précisé que le plan d'accès peut être remis sur demande. Le CVQ mandate le CÉCO afin de contribuer au développement et au renforcement de la culture de l'éthique au sein de l'organisation.</p> <p>La distinction entre l'éthique clinique et l'éthique organisationnelle est clarifiée. Il est également mentionné qu'une formation en environnement numérique pourra être déployée grâce à des sommes provenant du fonds Brigitte-Perreault.</p> <p>Enfin, la force de la synergie entre les membres de l'équipe dans la gestion des situations et des cas éthiques est soulignée.</p> <p>8.2 Rapport annuel du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF)</p> <p>La Dre Stéphanie Bourgeois, présidente du CMDPSF présente le rapport annuel du CMDPSF en mode virtuel. Les travaux des trois comités obligatoires sont rappelés (acte central, pharmacologie et discipline).</p> <p>Parmi les faits saillants, on note l'ajout de la profession de sage-femme, des ajustements à la composition du comité exécutif, ainsi que l'intégration du Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CIETOC). Le comité des titres relève désormais du CMDPSF.</p> <p>Les défis et chantiers en cours incluent l'élaboration d'un plan d'action à la suite d'une évaluation, de même que la mise en place de nouveaux comités dans le cadre du programme Choisir avec soin.</p>	

Sujets	Suivi/État
<b>9. Informations des comités et instance du CAE et du PDG</b>	<b>Complété</b>
<p>9.1 Comité sur la mission universitaire (CMU) Il est noté qu’aucune rencontre du CMU ne s’est tenue depuis la dernière séance du CAE. Aucun point particulier n’est porté à l’attention des membres.</p> <p>9.2 Comité sur la gouvernance de proximité (CGP – RLS)</p> <div data-bbox="363 594 1635 971" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><b>RÉSOLUTION : CAE-20260409-01</b></p> <p><b>Nomination de M. Marc Quessy à la présidence du comité sur la gouvernance de proximité (CGP – RLS)</b></p> <p><b>CONSIDÉRANT</b> la recommandation favorable formulée par les membres du CGP – RLS; <b>CONSIDÉRANT</b> que le CGP – RLS relève du Conseil d’administration d’établissement (CAE).</p> <p><b>IL EST RÉSOLU ET ADOPTÉ À L’UNANIMITÉ</b> de nommer M. Marc Quessy à titre de président du CGP – RLS.</p> </div> <p>9.3 Comité vigilance qualité (CVQ)</p> <p>9.3.1 Dépôt de l’ordre du jour de la séance du 25 février 2026 M. Forest présente les dossiers au Conseil, dont le projet EMiliA, un outil d’aide à la décision destiné aux personnes âgées.</p>	
<b>10. Prochaine séance et clôture de la séance publique</b>	<b>Complété</b>
<p>L’ordre du jour de la séance publique étant épuisé, la séance est levée.</p>	

## Fiche de présentation

### Document de présentation au Conseil d'administration d'établissement (CAE)

**Titre du sujet : Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne**

**Instance responsable :** Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Date de la séance :** 2026-06-09

**Présentateur(trice) :** Karine Duchaineau

**Durée prévue :** 30 minutes

**Fonction :** Directrice générale adjointe aux Programmes sociaux et de réadaptation

#### Lien avec les sept (7) rôles du CAE

- Aviseur** - Formuler des avis au PDG
- Orientation** - Contribuer aux grandes orientations sur l'enseignement, la recherche et l'innovation
- Suivi** - Suivre les recommandations et les redditions de comptes
- Création de valeur** - Favoriser l'innovation et l'amélioration continue
- Vigie** - Surveiller la qualité, l'accessibilité et la sécurité
- Préservation** - Protéger le caractère culturel, historique, linguistique ou local
- Liaison et veille** - Représenter les usagers, maintenir les liens avec les communautés et analyser leurs besoins

### 1. Attentes envers les membres

Prendre connaissance de la Politique ainsi que des mécanismes et mesures mis en place pour en assurer la mise en œuvre.

### 2. Contexte et objectifs du dossier / projet

La première ligne est au cœur du système de santé et de services sociaux et joue un rôle déterminant dans la santé et le bien-être de la population. Cette première Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne vise à mieux outiller les acteurs de la première ligne face aux besoins actuels et futurs de la population. Elle cherche à renforcer les soins et les services de proximité afin qu'ils soient plus accessibles, continus, globaux et mieux coordonnés.

Cette politique propose une vision ambitieuse et inclusive, appuyée par des orientations stratégiques claires pour guider l'action du gouvernement et de ses partenaires au cours des prochaines années, dans une perspective de transformation durable des soins et services de première ligne.

### 3. Instances du CAE consultées

- Comité de gouvernance de proximité
- Comité de la mission universitaire
- Comité de la vigilance et de la qualité
- Autre :
- Non applicable

### 4. Analyse et présentations des faits

n/a

### 5. Résultats ou effets escomptés

n/a

### 6. Recommandations et prochaines étapes

n/a

### 7. Documents joints

- Lien cliquable :
  - [Politique](#)
- Pièces jointes :
  - Tableau synoptique
  - Schéma – Grandes lignes de la Politique
  - Schéma – Soins et services sur le territoire de CLSC

# Tableau synoptique

## Innovier pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés

### Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne

#### Énoncé de vision

Promouvoir et soutenir la santé et le bien-être de l'ensemble de la population québécoise en assurant des soins et services de première ligne de qualité qui sont accessibles, continus, globaux et coordonnés.

Développer une première ligne forte, ancrée dans les communautés, agissant comme pôle intégrateur du système de santé et de services sociaux et contribuant à la production de valeur pour la société québécoise, dans une approche de partenariat avec la population et de collaboration avec l'ensemble des acteurs du système.

#### Principes directeurs

La Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne se veut ancrée dans les valeurs, les besoins et les préférences de la société. Les orientations stratégiques proposées pour appuyer la vision se fondent sur les principes directeurs suivants :

- L'universalité et l'équité
- Des services publics performants
- Une perspective globale de la santé
- La pertinence
- La flexibilité et l'adaptabilité

### AXE 1 – Des soins et services de qualité pour tous

#### 1.1 Assurer à tous les Québécois l'accès à des soins et services globaux, continus et coordonnés

- Rattacher formellement chaque personne à un territoire de CLSC
- Affilier tous les Québécois à un milieu de soins et services de première ligne
- Associer les personnes à un répondant principal dans leur milieu d'affiliation

#### 1.2 Mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés, qu'ils soient exprimés ou non

- Privilégier des approches intégrées favorisant la prise en charge globale des besoins physiques et psychosociaux des personnes
- Agir sur les déterminants de la santé en intensifiant les actions de promotion de la santé et de prévention en partenariat avec la santé publique et les partenaires locaux
- Développer des stratégies proactives pour rejoindre les personnes en situation de vulnérabilité et répondre efficacement à leurs besoins

#### 1.3 Faciliter la navigation dans le système de santé et de services sociaux

- Communiquer de l'information pertinente, claire et précise pour aider les personnes à développer leurs compétences à prendre soin d'elles-mêmes
- Simplifier le parcours des personnes par un système d'accès intégré et harmonisé
- Développer et harmoniser les pratiques d'analyse des besoins et d'orientation vers le bon soin ou service
- Offrir un soutien accru à la navigation pour les personnes en situation de vulnérabilité ou ayant des besoins complexes

#### 1.4 Mobiliser toutes les ressources et leurs compétences

- Assurer l'utilisation optimale et coordonnée du domaine d'intervention de tous les intervenants et professionnels en première ligne
- Accroître la qualité des pratiques collaboratives pour mieux répondre aux besoins des personnes
- Accroître la participation de tous les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux dans les continuums de soins et services
- Soutenir les stratégies intersectorielles favorisant la santé et le bien-être de la population et des actions ancrées dans la communauté

### AXE 2 – Un partenariat avec les personnes et les communautés

#### 2.1 Reconnaître les personnes comme acteurs de leur santé et de leur bien-être et membres de l'équipe de soins et services

- Reconnaître et valoriser le savoir des personnes et des personnes proches aidantes comme une source incontournable de connaissances
- Reconnaître la contribution de l'accompagnement par les pairs

#### 2.2 Renforcer l'influence des personnes et des communautés sur l'organisation des soins et services

- Mobiliser les personnes et les communautés dans un co-leadership et une coconstruction des soins et services
- Mesurer ce qui compte pour les personnes et les communautés et rendre les résultats accessibles à tous

### AXE 3 – Des soins et services ancrés dans la réalité locale

#### 3.1 Adapter les soins et services à la réalité locale et rapprocher les décisions des communautés

- Instaurer une gouvernance de proximité des soins et services de première ligne à l'échelle des territoires de CLSC
- Développer une connaissance fine du territoire et coconstruire les continuums de soins et services de proximité avec les partenaires locaux et la communauté
- Élaborer et implanter un cadre de gouvernance multiniveau pour les soins et services de première ligne

### AXE 4 – Des ressources en soutien aux soins et services de première ligne

#### 4.1 Valoriser et soutenir les équipes de première ligne

- Mettre en place des conditions favorables au bien-être des intervenants, des professionnels et des gestionnaires de la première ligne
- Assurer la disponibilité et la stabilité de la main-d'œuvre en première ligne
- Soutenir le développement et le maintien des connaissances et des compétences requises en première ligne

#### 4.2 Adopter des pratiques de financement et de rémunération alignées sur l'atteinte des objectifs de la politique

- Allouer du financement intégré et dédié aux activités de première ligne à l'échelle locale
- Déployer des modes de financement et de rémunération en faveur de l'équité en santé et bien-être
- Introduire des incitatifs afin de soutenir financièrement les pratiques collaboratives

#### 4.3 Assurer le développement et l'utilisation équitable et pertinente des outils numériques en première ligne

- Assurer le développement et l'implantation d'outils numériques pertinents et bénéfiques à tous les Québécois
- Faciliter le travail des intervenants et des professionnels grâce aux technologies numériques d'information et de communication
- Accroître le développement et l'utilisation de l'intelligence artificielle en première ligne en assurant un encadrement efficace

### AXE 5 – Des équipes et des organisations apprenantes

#### 5.1 Valoriser les données en soutien à un système de première ligne apprenant

- Faciliter l'accès et l'exploitation des données

#### 5.2 Développer un système multiniveau d'appréciation de la performance de la première ligne

- Adopter un cadre de mesure et implanter un système d'appréciation de la performance en première ligne selon des objectifs propres à chacun des paliers de sa gouvernance

#### 5.3 Favoriser l'élargissement de la culture et des pratiques d'amélioration continue de la qualité en première ligne

- Développer et implanter un plan intégré de développement des compétences et de soutien à l'amélioration continue de la qualité au sein de la première ligne

#### 5.4 Renforcer la recherche, l'innovation et la mobilisation des connaissances en première ligne

- Renforcer la recherche interdisciplinaire en soutien aux pratiques, aux programmes et aux politiques de première ligne
- Mettre en place des conditions propices à l'implantation d'innovations créatrices de valeur en première ligne
- Renforcer la collaboration entre l'écosystème de recherche et d'innovation et les acteurs de la première ligne

## Grandes lignes

- Une approche équitable de soins et services, basée sur une bonne compréhension du besoin et tenant compte des personnes dans leur globalité
- Des stratégies qui donnent la capacité de répondre aux besoins de toute la population, tout en adressant ceux des plus vulnérables
- Une posture proactive qui permet d'intervenir en amont des problématiques, en rehaussant la prévention à tous les niveaux

**DES SOINS ET DES SERVICES  
DE QUALITÉ POUR TOUS**

- Des outils et un soutien pour que les personnes et les communautés agissent pour leur santé et leur bien-être, et contribuent à construire les soins et services
- L'utilisation optimale et mieux coordonnée des compétences de tous les intervenants et professionnels
- Un renforcement des pratiques collaboratives et du partenariat intersectoriel

**LA MOBILISATION  
DE TOUTES LES COMPÉTENCES**

**UNE VISION  
COMMUNE**

**UNE GOUVERNANCE DE PROXIMITÉ  
ANCRÉE DANS LA RÉALITÉ TERRITORIALE**

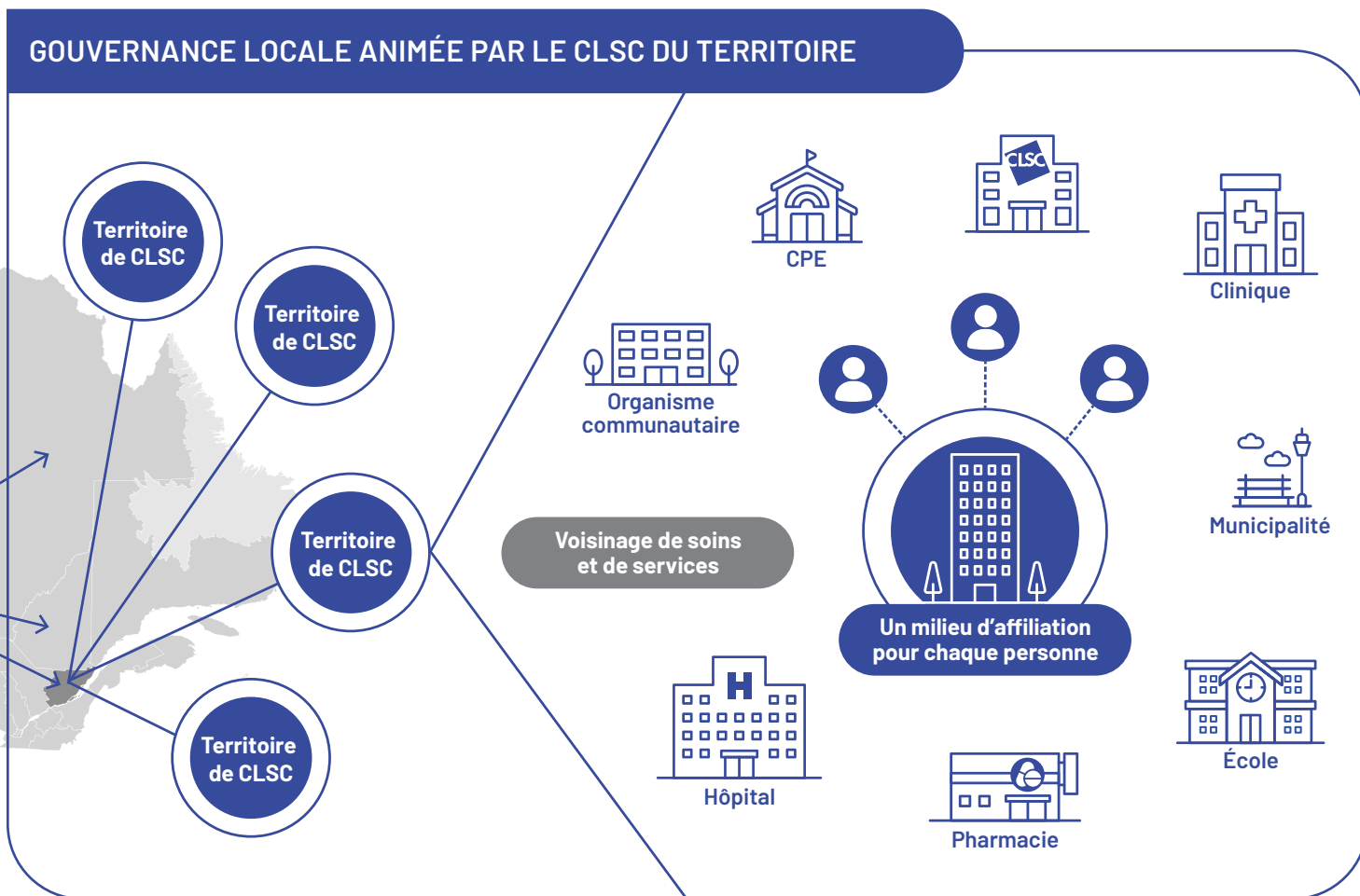
- Un rôle clé des CLSC dans la mobilisation des partenaires locaux autour de la planification des soins et des services
- Une compréhension commune des besoins de la population locale et de la réalité territoriale
- Une autonomie décisionnelle locale suffisante et des leviers financiers

**DES LEVIERS POUR ATTEINDRE  
LES OBJECTIFS VISÉS**

- Des équipes de première ligne valorisées et soutenues dans leur rôle
- Des ressources financières et technologiques permettant de soutenir l'atteinte des objectifs
- Une amélioration continue des soins et des services, s'appuyant sur l'innovation, la recherche et la mesure de la qualité

# Des soins et services de première ligne coordonnés sur chacun des territoires de CLSC

Cette politique vise l'ensemble du Québec où chaque région sociosanitaire est divisée en territoires de CLSC. Dans chacun de ces territoires, on retrouve : un milieu d'affiliation pour chaque personne (clinique médicale (GMF ou autre), clinique IPS, CLSC, etc.), un CLSC qui coordonne l'offre de soins et services et une multitude de partenaires qui collaborent à cette offre.



## Fiche de présentation

### Document de présentation au Conseil d'administration d'établissement (CAE)

**Titre du sujet : Présentation de la nouvelle image Santé Québec**

**Instance responsable :** Santé Québec, siège social

**Date de la séance :** 2026-06-09

**Présentatrice :** Pascale Bélisle

**Durée prévue :** 10 minutes

**Fonction :** Directrice adjointe des affaires juridiques et publiques, communications et relations médias

#### Lien avec les sept (7) rôles du CAE

- Aviseur** - Formuler des avis au PDG
- Orientation** - Contribuer aux grandes orientations sur l'enseignement, la recherche et l'innovation
- Suivi** - Suivre les recommandations et les redditions de comptes
- Création de valeur** - Favoriser l'innovation et l'amélioration continue
- Vigie** - Surveiller la qualité, l'accessibilité et la sécurité
- Préservation** - Protéger le caractère culturel, historique, linguistique ou local
- Liaison et veille** - Représenter les usagers, maintenir les liens avec les communautés et analyser leurs besoins

### 1. Attentes envers les membres

Prendre connaissance de la nouvelle appellation et identité visuelle de Santé Québec.

### 2. Contexte et objectifs du dossier / projet

Au courant du mois de juin, et conformément aux modifications apportées par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, notre établissement changera d'appellation et portera désormais le nom de Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Cette évolution d'appellation relève d'une obligation légale et contribue à rendre concrète, visible et plus facile à comprendre, pour les usagères et les usagers, la transformation en cours depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2024, laquelle a mené à la création d'une seule entité juridique au sein de Santé Québec.

Ce changement d'appellation devra se refléter dans l'ensemble des communications, tant à l'oral qu'à l'écrit.

### 3. Instances du CAE consultées

- Comité de gouvernance de proximité
- Comité de la mission universitaire
- Comité de la vigilance et de la qualité
- Autre (précisez) :
- Non applicable

### 4. Analyse et présentations des faits

n/a

### 5. Résultats ou effets escomptés

- Assurer une cohérence organisationnelle et une compréhension accrue de la transformation du réseau auprès des usagères et usagers, par l'adoption harmonisée de la nouvelle appellation et des outils de communication associés.

### 6. Recommandations et prochaines étapes

Dans ce contexte, et afin d'assurer une cohérence à l'échelle de Santé Québec, une identité visuelle commune a été conçue à l'interne par nos équipes issues de sept régions du Québec, afin de refléter les réalités de notre réseau.

### 7. Documents joints

Aucun

## Fiche de présentation

### Document de présentation au Conseil d'administration d'établissement (CAE)

**Titre du sujet : Rapport annuel du Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CIETOC)**

**Présentateur(trice) :** Annie Boisvert et Félix Massé

**Date de la séance :** 2026-06-09

**Fonction :** PDGA et adjoint à la DGA-PSR

**Durée prévue :** 15 minutes

#### Lien avec les sept (7) rôles du CAE

- Aviseur** - Formuler des avis au PDG
- Orientation** - Contribuer aux grandes orientations sur l'enseignement, la recherche et l'innovation
- Suivi** - Suivre les recommandations et les redditions de comptes
- Création de valeur** - Favoriser l'innovation et l'amélioration continue
- Vigie** - Surveiller la qualité, l'accessibilité et la sécurité
- Préservation** - Protéger le caractère culturel, historique, linguistique ou local
- Liaison et veille** - Représenter les usagers, maintenir les liens avec les communautés et analyser leurs besoins

### 1. Attentes envers les membres

Prendre connaissance du rapport annuel du CIETOC, échanger sur l'état d'avancement de sa mise en place et formuler, au besoin, des questions ou commentaires pour les prochaines étapes.

### 2. Contexte et objectifs du dossier / projet

Le Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CIÉTOC) est une instance prévue à la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux (LGSSSS). Il vise à réunir les expertises des conseils professionnels pour apprécier la qualité, la pertinence et l'efficacité des trajectoires de soins et de services et formuler au président-directeur général (PDG) des avis et recommandations sur l'organisation clinique. Cette présentation du rapport annuel au Conseil d'administration d'établissement (CAE) vise à faire état de l'avancement de sa mise en place, des travaux structurants réalisés en 2025-2026 et des prochaines étapes de son opérationnalisation.

### 3. Instances du CAE consultées

- Comité de gouvernance de proximité
- Comité de la mission universitaire
- Comité de la vigilance et de la qualité
- Autre :
- Non applicable

### 4. Analyse et présentations des faits

Le CIETOC est mis en place de façon progressive et structurée. Depuis le début des travaux, plusieurs jalons ont été franchis : rencontres régulières des comités, travaux avec l'exécutif sur la structure de gouvernance et l'arrimage avec les conseils professionnels, élaboration d'un règlement de régie interne en phase finale, développement d'une structure de gouvernance, d'une matrice de priorisation des trajectoires, d'un modèle d'avis et recommandations au PDG, d'un processus d'élection des membres ainsi que d'outils de soutien à l'analyse. Sa mise en place permet de doter l'établissement d'une instance agile, soutenue par des données et adaptée à sa réalité, tout en favorisant la qualité, la pertinence, l'efficacité et l'interdisciplinarité des trajectoires de soins et de services.

Sur le plan financier, les travaux réalisés à ce jour reposent principalement sur une mobilisation des ressources internes existantes.

### 5. Résultats ou effets escomptés

- Mise en place d'une gouvernance interdisciplinaire structurée pour l'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique.
- Amélioration de la capacité de l'établissement à prioriser les trajectoires à fort enjeu/impact et à formuler des recommandations éclairées au PDG.
- Renforcement de la collaboration entre les conseils professionnels et les directions cliniques autour d'une lecture commune des enjeux de qualité, de pertinence et d'efficacité.
- Déploiement progressif d'outils communs de priorisation, d'analyse et de suivi des recommandations.
- Les indicateurs de performance du CIETOC sont à venir.

### 6. Recommandations et prochaines étapes

Il est recommandé de poursuivre l'opérationnalisation du CIETOC selon une approche progressive et structurée. Les prochaines étapes prévues en 2026 sont : poursuivre les rencontres du comité exécutif et du CIETOC régulier; finaliser les outils structurants (matrice de priorisation d'une trajectoire, gabarit d'analyse d'une trajectoire); identifier une ou des trajectoires prioritaires pour un premier cycle d'évaluation; puis assurer le pilotage et l'amélioration continue des travaux.

Le CIETOC est sous la responsabilité du PDG, soutenu de la présidente-directrice générale adjointe (PDGA) et de l'adjoint à la directrice générale adjointe aux programmes sociaux et de réadaptation (DGA-PSR). Les ressources requises reposent principalement sur l'expertise interne, le soutien administratif et la mobilisation des acteurs cliniques concernés.

## 7. Documents joints

- Lien cliquable :
  - Art. 189 à 194 de la [Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux](#)

## COMITÉ SUR LA MISSION UNIVERSITAIRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION D'ÉTABLISSEMENT

## ORDRE DU JOUR

<b>Date :</b>	22 mai 2026	<b>Animateur :</b>	Jean-Pierre Perreault, président		
<b>Heure :</b>	8h30 à 10h30	<b>Responsable tactique et logistique :</b>	Stéphanie McMahon (collaboratrice : Marilou Landry)		
<b>Lieu :</b>	TEAMS	<b>Membres de l'instance :</b>			
			Jean-Pierre Perreault ( <b>président</b> et membre représentant du milieu de l'enseignement et de la recherche)	Annie Boisvert (membre d'office)	
			Julie Bourdon (membre – élue municipale)	Frank Béraud (membre - expertise dans le milieu des affaires)	
			Luc Vachon (membre – Compétences en ressources immobilières ou informationnelles)	Alexandre Genest (membre, représentant du milieu de l'enseignement et de la recherche)	
			INVITÉS :		

Points à l'ordre du jour	Présentatrice/ présentateur	Objectifs attendus	Di/Dé /I/R	Doc J ou SP	Heures	Durée (min.)
1. Ouverture de la séance	Jean-Pierre Perreault	Constater les présences	-	-	8h30	5
2. Adoption de l'ordre du jour	Jean-Pierre Perreault	Adopter l'ordre du jour	Dé	-	8h35	5
3. Approbation du compte rendu de la dernière rencontre	Jean-Pierre Perreault	Approuver le compte rendu de la rencontre ayant eu lieu le 15 décembre 2025	Dé	Doc J	8h40	5
4. Environnement interne/externe	Tous	Partager l'information pertinente concernant l'environnement interne et externe	I	-	8h45	15
5. Fiche d'instance – CMU	Jean-Pierre Perreault Annie Boisvert	Présenter la version modifiée de la fiche d'instance et du mandat du CMU	Di Dé	Doc J	9h00	10
6. Portrait de la mission universitaire	Stéphanie McMahon	Dresser un portrait de la mission universitaire	I Di	SP	9h10	20

Points à l'ordre du jour	Présentatrice/ présentateur	Objectifs attendus	Di/Dé /I/R	Doc J ou SP	Heures	Durée (min.)
7. Objectif stratégique 5.1 du plan d'établissement 25-28	Annie Boisvert Stéphanie McMahon	Présenter l'objectif stratégique 5.1 du plan d'établissement relatif à la mission universitaire	I Di	SP	9h30	15
8. Actions en cours – Mission universitaire	Annie Boisvert Stéphanie McMahon	Présenter divers dossiers/chantiers en cours : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandat enseignement</li> <li>• Mandat innovation Volume 10</li> <li>• Comité aviseur soins et services spécialisés et ultraspécialisés</li> </ul>	I Di	SP	9h45	15
9. Divers	Tous		-	-	10h00	5
10. Points de présentation pour le prochain CAE	Jean-Pierre Perreault	Déterminer le ou les sujet (s) que le président présentera au CAE en suivi de la présente rencontre. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation des infrastructures de recherche au CAE</li> </ul>	Dé	-	10h05	5
11. Évaluation de la rencontre	Tous		Di	-	10h10	5
<b>Prochaine rencontre : Un sondage parviendra aux membres en août pour la planification 26-27</b>						
<b>Clôture de la rencontre : 10h15</b>						

Di : discussion	Dé : décision	I : information	R : recommandation	Doc J : joint	Doc SP : sur place
-----------------	---------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

# COMITÉ DE GOUVERNANCE SUR LA PROXIMITÉ

## Rencontre spéciale : objectif stratégique 12 – Prioriser l'offre de service selon les besoins de la population

## PROJET ORDRE DU JOUR

<b>Date :</b>	22 mai 2026	<b>Animatrice :</b>	Karine Duchaineau, directrice générale adjointe – programmes sociaux et de réadaptation				
		<b>Membres :</b>					
		<b>Heure :</b>	De 9 h à 12 h	Isabelle Samson, directrice de santé publique	Frédéric Grondin, directeur adjoint de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat		
				Marc Quessy, usager de l'établissement et représentant du comité des usagers	Fabienne Lagueux, directrice de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux		
		<b>Lieu :</b>	Édifice Norton Salle Frances-Whittle	Nathalie Pelletier, mairesse de la Ville de Magog			
				<b>Personnes invitées :</b>			
				Félix Massé, adjoint à la DGA-PSR	Julie Daviau, COL du RLS de Memphrémagog		
				Jennyfer Trudeau, COL du RLS Haute-Yamaska	Rémy Lalancette, COL du RLS du Granit		
				Jacinthe Lacroix, COL du RLS Coaticook	Geneviève Chicoine, COL du RLS des Sources		
				Ursulla Aho Glele, chercheuse postdoctorale en administration publique, École nationale d'administration publique	Marie-France Beaugard, COL du RLS de Sherbrooke (excluant Hôtel-Dieu de Sherbrooke et Hôpital Fleurimont)		
				Lara Maillet, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux	Guillaume Tanneau, COL du RLS de la Pommeraie		
				Anna Goudet, co-directrice du Laboratoire de recherche et interventions systémiques en santé (LabRIS)	Pierrot Richard, COL du RLS du Haut-Saint-François		
				Pier B. Lortie, adjointe à la directrice scientifique, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux	André Forest, vice-président du conseil d'administration d'établissement		
				Stéphane Tremblay, président-directeur général	Jocelyne Faucher, présidente du conseil d'administration d'établissement		
Pascale Bélisle, directrice adjointe des affaires juridiques et publiques							

No	Points à l'ordre du jour	Présentatrice/ Présentateur	Objectifs attendus	Heure	Durée
1.	Accueil des participants et objectifs généraux de la rencontre	Karine	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre ce que la réalité des RLS vient changer dans notre façon d'organiser l'offre de services</li> <li>Identifier les tensions et les choix qui devront être faits à l'échelle de l'établissement</li> </ul>	9 h	15 min
2.	Adoption de l'ordre du jour	Tous	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adopter la proposition d'ordre du jour</li> </ul>	9 h 15	5 min
3.	Tour de table	Tous	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation des participants</li> <li>Partager en 30 secondes ce que chacun souhaite comprendre ce jour</li> </ul>	9 h 20	15 min
4.	Présentation des RLS	Karine	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir une meilleure connaissance des différents RLS et permettre un échange pour mieux en comprendre les dynamiques, les leviers et les obstacles. Pour ce faire, chaque RLS sera présenté par le coordonnateur opérationnel local responsable, ce qui permettra de dégager des constats communs et spécifiques</li> <li>Période d'échange avec les participants</li> </ul>	9 h 35	75 min
5.	Pause	Tous		10 h 50	15 min
6.	Les étapes franchies et celles à venir	Karine	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bref rappel des jalons de la démarche qui ont été réalisés et ceux à venir à l'égard de la réalisation de l'objectif stratégique 12.</li> </ul>	11 h 05	15 min
7.	Vision de la gouvernance par CLSC et les moyens	Karine et les coordonnateurs opérationnels locaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partager la vision sur la gouvernance par CLSC, l'évolution du rôle des coordonnateurs opérationnels locaux et la co-gestion clinico-administrative médicale.</li> </ul>	11 h 20	20 min
8.	Échange et conclusion	Karine	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Qu'est-ce qui vous surprend le plus dans ce que vous avez entendu? »</li> <li>« Où voyez-vous les plus grands risques si on ne change rien? »</li> <li>« Jusqu'où sommes-nous prêts à adapter l'offre selon les territoires? »</li> </ul>	11 h 40	20 min
9.	Fin de la rencontre			12 h	



# Plan d'action de l'Estrie

*Indicateur 12 : priorisation de l'offre de services en fonction du portrait de santé de la population –  
Plan stratégique 2025-2028*

Par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –  
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

4 mai 2026

**Production**

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke  
375, rue Argyll  
Sherbrooke (Québec) J1J 3H5

**Coordination des travaux**

Félix Massé, adjoint à la directrice générale adjointe des programmes sociaux et de réadaptation

**Équipe de production et de rédaction**

Karine Duchaineau, directrice générale adjointe des programmes sociaux et de réadaptation  
Félix Massé, adjoint à la directrice générale adjointe des programmes sociaux et de réadaptation  
Isabelle Samson, directrice de la santé publique  
Jennyfer Trudeau, COL du RLS de la Haute-Yamaska  
Jacinthe Lacroix, COL du RLS de Coaticook  
Geneviève Chicoine, COL du RLS des Sources  
Marie-France Beauregard, COL du RLS de Sherbrooke (excluant Hôtel-Dieu de Sherbrooke et Hôpital Fleurimont)  
Guillaume Tanneau, COL du RLS de la Pommeraie  
Pierrot Richard, COL du RLS du Haut-Saint-François  
Julie Daviau, COL du RLS de Memphrémagog  
Rémy Lalancette, COL du RLS du Granit

**Relecture**

Stéphane Tremblay, président-directeur général  
Fabienne Lagueur, directrice scientifique de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux  
Gaëlle Simon, directrice des programmes sociaux et de réadaptation  
Nathalie Bolduc, directrice du soutien à domicile, des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme  
Geneviève Chabot, directrice du programme jeunesse  
Béatrice Poirier, conseillère-cadre, Direction de santé publique  
Maryse Ruel, conseillère-cadre, Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat  
Patrick Castonguay, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique

**Révision et mise en page**

Léanne St-Onge, Direction générale adjointe des programmes sociaux et de réadaptation

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce plan. Votre engagement et votre expertise ont enrichi chaque page du document et ont grandement contribué à sa qualité.

# Mot de la Direction générale

L'adaptation continue de notre offre de soins et de services pour répondre de manière juste, proactive et équitable aux besoins de la population constitue un levier déterminant de l'évolution de notre organisation. Cette orientation guide les travaux présentés dans ce document et s'inscrit dans une transformation qui se construit au plus près des réalités du terrain, en cohérence avec les orientations nationales en matière de première ligne.

À travers cette démarche, nous réaffirmons notre engagement commun à mieux comprendre les besoins réels des personnes et des communautés que nous desservons, dans chacun de nos réseaux locaux de services. En consolidant les acquis et en renforçant les approches de proximité, nous souhaitons créer les conditions propices à une offre de services plus accessible, mieux intégrée et véritablement adaptée aux trajectoires de vie de la population.

Notre plan vise à mettre en lumière certaines réalisations récentes déployées sur le terrain afin de mieux répondre aux besoins de la population. Il témoigne également de notre engagement à poursuivre la démarche avec l'ouverture de nouvelles initiatives porteuses pour la population.

**Stéphane Tremblay**  
Président-directeur général

**Karine Duchaineau**  
Directrice générale adjointe  
Programmes sociaux et de réadaptation

## **Mot de la directrice de la santé publique**

À titre d'établissement responsable d'une approche populationnelle en santé, et non seulement d'une approche individuelle et curative centrée sur le patient, sa famille et ses proches, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS est appelé à jouer un rôle structurant. Les données sur l'état de santé de la population estrienne et sur les facteurs qui la déterminent mettent en évidence des différences marquées entre les territoires, tant sur le plan démographique que socioéconomique, ainsi que dans la répartition des facteurs de risque et de protection. Cette pluralité des réalités exige une lecture fine des besoins, des choix stratégiques assumés et un arrimage étroit entre la gouvernance, l'organisation des services et l'action territoriale.

Dans cette perspective, la Direction de santé publique réaffirme son engagement à collaborer étroitement avec l'ensemble des directions de l'établissement et les partenaires des communautés locales et régionales, afin de renforcer l'arrimage entre les besoins populationnels et les décisions organisationnelles, et surtout de soutenir l'action collective en amont de la maladie. L'action intersectorielle demeure fondamentale; la santé étant d'abord le reflet des milieux physiques et sociaux. Parallèlement à cet engagement, un regard critique sur nos propres pratiques sera maintenu, afin de les ajuster de façon continue aux réalités distinctes des territoires.

**Isabelle Samson**

Directrice de santé publique de l'Estrie

# Table des matières

Introduction.....	1
Préambule.....	2
Démarche et gouvernance.....	3
Une gouvernance collaborative partagée pour soutenir l'action.....	5
Mission universitaire et implication de la recherche.....	14
Atelier de concertation – Février 2026.....	15
Des initiatives structurantes à l'œuvre pour faire évoluer l'offre de service.....	16
Thématique prioritaire de l'établissement.....	17
Des exemples d'initiatives structurantes en cours.....	19
Diagnostic populationnel – Estrie.....	23
Des priorités à l'échelle des RLS.....	27
Plans détaillés par RLS.....	27
RLS de la Pommerai.....	28
RLS de la Haute-Yamaska.....	32
RLS de Memphrémagog.....	36
RLS de Coaticook.....	41
RLS de Sherbrooke.....	45
RLS du Val-Saint-François.....	49
RLS des Sources.....	54
RLS du Haut-Saint-François.....	58
RLS du Granit.....	62
Validation, suivi et diffusion (phase 7).....	66
Conclusion.....	68

# Introduction

Dans le cadre de l'indicateur 12 de Santé Québec, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'engage à adapter son offre de services à partir des besoins de la population, à une échelle territoriale.

Cette orientation implique de revoir la manière dont les priorités sont établies, d'assumer des arbitrages explicites et de reconnaître que l'offre de services ne peut être uniforme sur l'ensemble des RLS. Plusieurs actions sont déjà en cours. Le présent document ne vise pas à établir un plan d'action détaillé à ce stade, mais à structurer une démarche commune et à formaliser une priorisation progressive des champs d'intervention à approfondir.

Les travaux se poursuivent selon un processus itératif, fondé sur des échanges avec les équipes internes et les partenaires du territoire, afin de préciser sur quoi l'organisation souhaite agir et de quelle manière, en tenant compte des réalités populationnelles, territoriales et opérationnelles.

Cette démarche s'inscrit dans une logique de responsabilité populationnelle territoriale. La ligne hiérarchique demeure pleinement responsable de ses rôles de gestion, tandis que des instances de proximité, dont les coordonnateurs opérationnels locaux (COL) font partie, exercent une fonction spécifique visant à assurer la cohérence entre les besoins de la population, les priorités retenues et l'offre de services à l'échelle des CLSC.

La suite du document présente le plan à haut niveau encadrant le rôle des COL et les principes de gouvernance de proximité des CLSC, de même que les conditions de succès nécessaires pour soutenir cette démarche et pour mener, ultérieurement, à la définition d'actions plus ciblées et structurées.

# Préambule

## Objectifs du plan

---

### Contexte, mandat et portée stratégique

Au moment d'intégrer l'indicateur 12 à la planification stratégique de notre établissement, nous nous sommes appuyés sur des acquis organisationnels déjà bien établis pour faire évoluer les pratiques vers une meilleure adéquation entre l'offre de services et les besoins de la population.

La démarche actuelle vise à consolider et à structurer cette évolution, en s'appuyant sur les partenariats existants, les dispositifs en place et les leviers déjà actifs sur les territoires. L'enjeu n'est pas de redéfinir l'intention, mais de renforcer la capacité collective à prioriser et à agir de manière cohérente à l'échelle locale.

Cette volonté se traduit par l'ambition d'amplifier la capacité de l'organisation à comprendre les besoins spécifiques des populations locales et à soutenir une adaptation continue des services, ancrée dans chacun des réseaux locaux de services (RLS).

Pour ce faire, nous avons adopté une approche intégrée regroupant notamment les éléments suivants : les orientations récentes liées aux GMF, la vision actualisée des CLSC, la Politique des soins et services de première ligne ainsi que l'indicateur 12 de la planification stratégique de Santé Québec, lequel vise l'adaptation continue de nos offres de services aux besoins populationnels.

### Une intention bien établie en Estrie

Depuis 2017, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est doté d'une Politique en responsabilité populationnelle et de développement des communautés. Cet ancrage constitue un socle structurant pour la démarche actuelle, notamment par la réalisation régulière de portraits populationnels par la Direction de santé publique.

Ces portraits sont partagés auprès des gestionnaires ainsi que des partenaires dans chacun des RLS afin de soutenir les échanges intersectoriels tactiques et stratégiques. Cette pratique alimente déjà les processus de concertation et de priorisation locale.

D'ailleurs, tous les RLS ont des tables de concertation intersectorielle thématiques opérationnelles/tactiques auxquelles participent des représentants de notre établissement. Dans certains RLS, une table stratégique permet également une implication accrue de la gouvernance locale, composée entre autres d'un hors-cadre ou d'un cadre supérieur et d'un organisateur communautaire.

La démarche actuelle vise à intégrer et à consolider ces acquis afin de renforcer la gouvernance de proximité existante. Elle cherche à la positionner de manière plus affirmée et plus structurée, en clarifiant les rôles et responsabilités et les mécanismes de cohérence à l'échelle des CLSC.

Cette posture reconnaît le rôle central des CLSC dans la compréhension fine des besoins de leur population et dans l'adaptation des services, tout en s'inscrivant dans les orientations nationales visant à renforcer la première ligne et à rapprocher les décisions du terrain.

Elle confirme également le rôle des plateformes locales comme leviers d'action populationnelle et de coordination territoriale.

## Démarche et gouvernance

### Engagement de l'établissement et de la haute direction (phase 1)

#### Implication du Conseil d'administration d'établissement

Le Conseil d'administration de l'établissement a créé le Comité de gouvernance de proximité afin de disposer d'un soutien dans l'exercice de ses responsabilités liées à l'animation des RLS et à leur intégration dans les processus décisionnels de l'établissement.

Ce comité permet au Conseil d'administration :

- D'obtenir une compréhension précise et actualisée des réalités locales, en cohérence avec l'esprit de la gouvernance de proximité.
- De s'assurer que les partenaires des RLS contribuent aux orientations, décisions et priorités de l'établissement.
- D'être appuyé dans son rôle prescrit par la loi en matière de relations avec les communautés, de prise en compte des besoins sociosanitaires du territoire et de développement d'une culture organisationnelle cohérente et unifiée.
- De disposer d'un mécanisme structuré pour analyser, mobiliser et faire circuler l'information territoriale essentielle à une prise de décision éclairée.

#### La démarche

##### Une démarche structurée en sept phases

La démarche de déploiement retenue s'appuie sur une approche structurée et progressive, adaptée à notre réalité organisationnelle et territoriale, afin de tenir compte de la diversité des milieux, des partenariats existants et de la maturité des pratiques locales. Le déploiement se décline ainsi en sept phases complémentaires, permettant de passer d'un positionnement stratégique partagé à la validation et à la diffusion des priorités d'action, en mobilisant les différents acteurs tout au long du processus.

- Phase 1 – Positionner l'importance de la démarche
  - En continuité avec les travaux déjà en cours dans notre organisation, la Direction générale a réaffirmé l'importance de s'adapter aux besoins de notre population.
  - L'indicateur 12 est co-porté par la directrice générale adjointe des programmes sociaux et de réadaptation et la directrice de la santé publique.
- Phase 2 – Valider le portrait de santé de la population
  - Des portraits de populations par RLS, produits et rendus disponibles par la Direction de santé publique, permettent d'avoir une vigie sur l'état de santé de la population de chacun des RLS.
- Phase 3 – Répertoire l'offre de services
  - Nous avons réalisé une analyse structurée de l'offre de services, fondée sur des données quantitatives et qualitatives. L'utilisation d'outils, dont des cartes territoriales et des

données intégrées dans Power BI, enrichies par l'expertise terrain de nombreux acteurs, a permis d'établir un portrait consolidé de l'offre de services à l'échelle de l'Estrie.

- Phase 4 – Réaliser un diagnostic populationnel territorial intégré
  - À partir des données recueillies lors des phases 2 et 3, un diagnostic populationnel a été réalisé. Nous avons pu identifier des constats et des besoins prioritaires transversaux pour chacun des neuf RLS.
- Phase 5 – Mobiliser une gouvernance intersectorielle locale
  - Les partenariats intersectoriels étant déjà bien établis dans la majorité des neuf RLS, nous avons amorcé la démarche en nous appuyant sur la table de concertation intersectorielle stratégique identifiée. La remise du présent document s'inscrit dans une logique de continuité et d'amélioration continue, et constitue une étape structurante d'un processus engagé depuis plusieurs années.
- Phase 6 – Définir et mettre en œuvre les priorités d'action
  - À partir des constats et des besoins prioritaires identifiés en phase 4, nous avons dégagé des thématiques prioritaires, tant transversales que propres à chacun des neuf RLS. Ces thématiques constituent la base de la mise en œuvre opérationnelle du plan, en assurant une cohérence territoriale et une adaptation aux réalités locales.
- Phase 7 – Validation et diffusion
  - Pour nous assurer de la robustesse du présent document, celui-ci a fait l'objet d'une validation et d'une relecture institutionnelles par les directions de première ligne de notre établissement, par la Direction de santé publique et par l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS).

### Une démarche évolutive

La démarche de réflexion amorcée avec l'intégration de l'indicateur 12 à notre plan stratégique s'inscrit dans une logique d'actualisation continue. Les collaborations avec nos partenaires, déjà bien ancrées dans nos pratiques, permettent de suivre et d'ajuster l'avancement des actions communes lors des tables de concertation intersectorielle.

En parallèle, un travail soutenu de collaboration interdirectionnelle au sein de l'établissement contribue à assurer une lecture partagée des besoins populationnels et une réponse cohérente et alignée de l'offre de services. Cette démarche, vivante et évolutive, favorise l'alignement des acteurs internes et externes autour de priorités RLS communes, ainsi que la co-construction de plans d'action intersectoriels.

## Une gouvernance collaborative partagée pour soutenir l'action

La mise en œuvre de l'indicateur 12 s'appuie sur une gouvernance collaborative partagée, conçue comme un levier structurant pour soutenir l'adaptation de l'offre de services en fonction des besoins populationnels. Cette gouvernance vise à assurer une cohérence des actions, tant au sein de l'établissement qu'avec les partenaires des RLS, dans une perspective de responsabilité collective.

Elle repose sur une collaboration étroite entre les directions de l'établissement, favorisant un alignement autour d'objectifs communs, ainsi que sur des mécanismes de concertation intersectorielle au sein des RLS. Ces mécanismes permettent de clarifier les rôles et responsabilités, de structurer les espaces de dialogue et de décision, et de soutenir une prise de décision et des choix cohérents avec les réalités territoriales et populationnelles.

La gouvernance est ainsi un levier concret pour soutenir l'action des acteurs internes et externes en facilitant une adaptation continue et concertée de l'offre de services.

### Le coordonnateur opérationnel local : au cœur de la démarche

---

La section suivante vise à préciser le rôle distinctif des coordonnateurs opérationnels locaux (COL) dans la mise en œuvre de la gouvernance de proximité par CLSC. Elle clarifie leur posture, leurs responsabilités propres ainsi que les conditions requises pour soutenir une priorisation de l'offre de services fondée sur les besoins de la population, en cohérence avec l'indicateur 12 et la Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne, publiée récemment.

En 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a déposé le « Plan Santé », réaffirmant l'importance du renforcement de la première ligne, de la proximité décisionnelle et de l'adaptation des services aux réalités territoriales. À la lumière de ces orientations, nous avons déployé une coordination opérationnelle locale (coordonnateurs opérationnels locaux – COL) dans chacun des neuf RLS du territoire de l'Estrie, visant à renforcer l'agilité, l'innovation et l'autonomie locale, à améliorer la réactivité opérationnelle sur le terrain, et à favoriser une prise de décision partagée, mieux arrimée aux réalités locales.

Avec les travaux entourant l'indicateur 12, le rôle central des CLSC et les liens avec le Département territorial de médecine familiale (DTMF), nous avons saisi l'opportunité de faire évoluer le rôle des COL afin qu'ils puissent désormais assumer pleinement un rôle de leader d'une gouvernance de proximité de première ligne, propre à chacun des RLS et étroitement arrimée aux réalités qui leurs sont propres.

Cette démarche s'inscrit dans un plan d'action à haut niveau, visant à structurer, consolider et rendre opérationnelle la gouvernance de proximité par CLSC, et se déploiera de façon progressive sur un horizon de 24 mois, en tenant compte des actions déjà amorcées, de la maturité variable des RLS et des apprentissages réalisés en cours de mise en œuvre.

### Rôles et responsabilités du coordonnateur opérationnel local (COL)

---

Le COL se distingue de la structure hiérarchique par une posture transversale et populationnelle. Sans exercer d'autorité hiérarchique, il soutient la gouvernance de proximité en structurant les espaces de concertation, en traduisant les orientations et les données en décisions locales, et en accompagnant les

arbitrages nécessaires à la priorisation de l'offre de services selon les besoins de la population. Il exerce une autorité de gouvernance de proximité, fondée sur l'orchestration, la cohérence populationnelle et la structuration de la décision locale.

Autrement dit :

- La chaîne hiérarchique gère des programmes, des ressources, des équipes et des résultats.
- Le COL structure la concertation, soutient la priorisation populationnelle et facilite les arbitrages locaux à l'échelle des CLSC et des RLS.

## Ce qui relève spécifiquement du COL

---

### ***1. Porter une lecture populationnelle transversale du RLS.***

- Analyser et mettre en dialogue les besoins populationnels à l'échelle du RLS ou du CLSC, indépendamment des programmes et des directions.
- Faire émerger les enjeux qui traversent plusieurs secteurs et qui ne relèvent pas d'une responsabilité hiérarchique unique.

#### Distinction clé

- La chaîne hiérarchique optimise l'offre de son programme.
- Le COL porte un regard critique sur l'adéquation de l'offre au regard des besoins de la population locale.

### ***2. Soutenir l'adaptation et la priorisation locale de l'offre de services.***

- Soutenir les instances locales dans l'identification de ce qui doit être priorisé, adapté ou redéployé selon les besoins populationnels.
- Accompagner les processus d'arbitrage collectif afin de concilier les besoins, les capacités disponibles et les orientations.

#### Distinction clé

- La chaîne hiérarchique gère la capacité et applique les orientations.
- Le COL soutient les choix entre les offres, selon leur valeur populationnelle.

### ***3. Traduire les orientations stratégiques et les données en décisions locales.***

- Faire le lien entre les orientations du siège social de Santé Québec, les priorités organisationnelles et la réalité opérationnelle du territoire.
- Soutenir l'utilisation des données populationnelles, d'accès et de performance pour éclairer la décision locale, sans se substituer aux directions.

#### Distinction clé

- La chaîne hiérarchique rend compte des résultats.
- Le COL soutient la compréhension et l'interprétation des données pour orienter l'action locale.

### ***4. Animer des espaces de gouvernance que la structure hiérarchique ne peut pas pleinement porter.***

- Animer des instances de concertation locales réunissant gestionnaires, représentants médicaux et partenaires du territoire.
- Créer les conditions favorables pour soutenir les décisions sur les parcours et les besoins populationnels.

Distinction clé

- La chaîne hiérarchique est une partie prenante des décisions.
- Le COL agit comme animateur neutre (facilitateur) et garant de la cohérence collective.

**5. *Faire vivre la gouvernance de proximité par CLSC.***

- Soutenir le CLSC comme lieu de coordination locale, de priorisation et d'arbitrage en première ligne.
- Veiller à la cohérence entre les décisions locales du CLSC et les orientations organisationnelles.

Distinction clé

- La chaîne hiérarchique administre les composantes du CLSC.
- Le COL soutient le CLSC comme espace de gouvernance territoriale.

**6. *Soutenir l'arrimage avec les partenaires et l'information à la population.***

- Organiser les conditions favorisant l'interconnaissance entre les équipes internes, les organismes communautaires et les partenaires.
- Soutenir des actions concertées visant à améliorer l'information à la population sur les services disponibles et les trajectoires possibles.

Distinction clé

- La chaîne hiérarchique gère ses relations sectorielles.
- Le COL agit sur la cohérence territoriale de la réponse collective.

## Conditions requises au succès

---

Les éléments suivants constituent des conditions requises au succès du déploiement de la gouvernance de proximité par CLSC et de l'évolution du rôle des COL. Leur mise en place explicite est essentielle pour traduire concrètement les orientations de la première ligne en décisions et en actions adaptées aux besoins populationnels.

Ces conditions relèvent en grande partie de la responsabilité organisationnelle et de la Direction générale.

**1. *Clarification et reconnaissance formelle du rôle distinctif des COL.***

- Reconnaissance explicite du rôle non hiérarchique, transversal et populationnel des COL.
- Appui clair et soutenu de la Direction générale et de la direction quant à leur légitimité et à leur rôle d'influence.

**2. *Existence de mécanismes structurés d'arbitrage et d'escalade.***

- Canaux clairs pour traiter les enjeux qui dépassent la gouvernance locale.
- Capacité de porter collectivement des décisions cohérentes, assumées et traçables.

**3. *Reconnaissance explicite des renoncements nécessaires.***

- Acceptation organisationnelle que la priorisation populationnelle implique des choix, des limites et parfois des renoncements.
- Encadrement éthique et stratégique de ces décisions.

**4. Instances de gouvernance CLSC dotées d'un mandat réel.**

- Instances de CLSC ayant une capacité réelle d'influence sur l'adaptation de l'offre de services.
- Soutien actif à la cogestion administrative et médicale.

**5. Mise en place d'une cogestion clinico-administrative médicale structurée.**

- Mise en place d'un partenariat formel entre le COL et un médecin du DTMF.
- Reconnaissance de cette cogestion comme levier central de la gouvernance de proximité en première ligne.
- Appui organisationnel permettant l'exercice effectif de cette responsabilité partagée.

**6. Capacité structurée d'information à la population.**

- Mécanismes permettant d'adapter l'information diffusée aux besoins réels de la population.
- Cohérence des messages entre le réseau, les GMF et les partenaires communautaires.

**7. Interconnaissance et arrimage effectif avec les organismes communautaires.**

- Espaces formels favorisant une connaissance mutuelle des offres de services.
- Reconnaissance et valorisation de la complémentarité des rôles dans la réponse aux besoins.

**8. Boucles de rétroaction et d'apprentissage continu.**

- Capacité d'ajuster les priorités et les pratiques à partir des retours du terrain, des partenaires et de la population.
- Culture d'amélioration continue soutenue par la gouvernance locale.

## Un plan d'action à haut niveau

---

Assurer la mise en place d'une gouvernance de proximité par CLSC visant notamment l'adaptation et la priorisation de l'offre de services selon les besoins de la population – Horizon 24 mois.

### Finalité du plan

Structurer, consolider et pérenniser l'adaptation de l'offre de services selon les besoins populationnels, en cohérence avec la Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne et l'indicateur 12, en s'appuyant sur le rôle distinctif des coordonnateurs opérationnels locaux (COL) et sur une gouvernance de proximité par CLSC.

### Logique de déploiement

Le plan d'action s'inscrit dans un horizon de 24 mois et repose sur une approche non strictement séquentielle, tenant compte des actions déjà amorcées, notamment en réponse aux livrables demandés par le siège social de Santé Québec.

Il est structuré autour de chantiers complémentaires, pouvant être activés en parallèle et évoluer selon la maturité des RLS.

## Chantiers du plan d'action

### Chantier 1 – Priorisation populationnelle et adaptation de l'offre de services

*Déjà amorcé – à consolider*

#### Objectif

Poursuivre et structurer l'adaptation de l'offre de services en fonction des besoins populationnels.

#### Actions clés

- Consolider les portraits de besoins populationnels par CLSC ou RLS.
- Soutenir les arbitrages locaux entre besoins, capacités et orientations.
- Identifier et documenter les ajustements requis de l'offre de services, incluant les renoncements explicites lorsque nécessaire.
- Mettre en place des mécanismes simples de suivi des décisions locales.

### Chantier 2 – Clarification et légitimation du rôle des COL

#### Objectif

Sécuriser le rôle distinctif des COL afin qu'ils puissent exercer pleinement leur fonction de gouvernance de proximité.

#### Actions clés

- Formaliser et diffuser le cadre des rôles et responsabilités des COL, en distinction claire de la chaîne hiérarchique.
- Clarifier les zones de collaboration entre les COL et les directions.
- Renforcer la légitimité institutionnelle des COL dans l'animation et le soutien aux décisions locales.
- Outiller les COL en planification populationnelle pour soutenir l'influence, la concertation et les arbitrages populationnels.

### Chantier 3 – Mise en place et animation des instances de gouvernance par CLSC

#### Objectif

Faire des CLSC de véritables lieux de gouvernance locale, de concertation et de priorisation.

#### Actions clés

- Mettre en place ou consolider des instances de gouvernance par CLSC.
- Définir des mandats clairs incluant : planification populationnelle, arbitrage, cogestion administrative et médicale.
- Inscrire la révision et l'ajustement des décisions dans un cycle régulier.
- Arrimer ces instances aux mécanismes organisationnels existants.

## Chantier 4 – Information à la population et arrimage communautaire

### Objectif

Rendre l'offre de services plus accessible et compréhensible pour la population et renforcer la complémentarité avec les partenaires de la communauté.

### Actions clés

- Identifier, par CLSC, les besoins prioritaires d'information de la population.
- Soutenir des actions d'information territorialisées cohérentes avec les priorités locales.
- Organiser des activités structurées d'interconnaissance entre gestionnaires, intervenants et organismes communautaires.
- Favoriser l'intégration des partenaires dans les parcours de services adaptés.

## Les éléments de vigilance et de mitigation requis

---

Les éléments de vigilance présentés ci-dessous correspondent en grande partie aux conditions requises au succès identifiées précédemment. Ils en constituent le revers opérationnel : lorsque ces conditions ne sont pas réunies ou insuffisamment soutenues, des risques systémiques émergent, limitant la portée de la gouvernance de proximité.

### *1. Mécanismes d'arbitrage et d'escalade non clarifiés.*

- Nécessité de définir quand et comment un enjeu local doit être porté à un niveau supérieur.
- En l'absence de mécanismes clairs, risque de paralysie décisionnelle ou de décisions implicites.

### *2. Absence de cadre explicite pour les renoncements.*

- En planification populationnelle, équité diffère d'égalité : les priorités de services varient d'un territoire à l'autre, ce qui implique nécessairement des asymétries dans l'offre de services.
- La priorisation populationnelle, lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'un développement additionnel, implique des choix et des limites, pouvant entraîner des impacts entre les RLS.
- Sans reconnaissance formelle des renoncements et de leur intégration dans les modalités de reddition de comptes, les décisions prises demeurent fragiles, sujettes à contestation ou difficiles à assumer.

### *3. Flou sur la responsabilité partagée entre gouvernance et hiérarchie.*

- Importance de rappeler que la chaîne hiérarchique demeure responsable de la gestion des ressources et de la mise en œuvre.
- Le COL soutient la décision et la cohérence, sans se substituer aux directions.

### *4. Repos excessif sur les individus plutôt que sur les mécanismes.*

- Nécessité de structurer la gouvernance pour éviter une dépendance à certaines personnes.
- Importance d'instances, de règles minimales et de pratiques communes.

### *5. Absence de boucles de rétroaction et d'apprentissage.*

- Sans mécanismes de retour du terrain, des partenaires et de la population, la gouvernance risque de devenir statique.

- L'apprentissage continu est essentiel à l'adaptation des services.

#### 6. *Manque de reconnaissance explicite du rôle d'influence des COL.*

- Le COL agit par influence, cohérence et légitimité, et non par autorité hiérarchique.
- Cette posture doit être reconnue et soutenue par l'organisation pour éviter les malentendus et les résistances.

## Gouvernance intersectorielle locale (phase 5)

Depuis 2018, une gouvernance intersectorielle locale est déployée dans les neuf RLS, appuyée sur la Politique de responsabilité populationnelle et développement des communautés. Chaque RLS s'appuie sur son écosystème de concertation, au sein duquel nous travaillons avec les tables de concertation intersectorielle à un niveau stratégique.

Soutenue par les équipes RLS, cette gouvernance vise à agir de manière concertée sur les déterminants sociaux de la santé, à mobiliser les partenaires autour de priorités territoriales partagées et à favoriser la complémentarité des actions et l'adaptation des services aux besoins de la population estrienne. Voici les tables qui ont participé à la présente démarche :

Réseaux locaux de services (RLS)	Tables de concertation intersectorielles stratégiques
Haute-Yamaska	<p><b>Table de développement de la Haute-Yamaska (TDHY)</b>  <u>Mandat</u> : La TDHY regroupe l'ensemble des partenaires du développement socio-économique du RLS de la Haute-Yamaska. L'expertise de chaque personne est mise au service du développement d'une vision commune des enjeux et des priorités afin d'agir sur la qualité de la vie de la population de la Haute-Yamaska.</p>
La Pommeraie	<p><b>Comité Santé de Brome-Missisquoi</b>  <u>Mandat</u> : Le comité regroupe les enjeux tactico-stratégiques et prioritaires de la MRC.</p>
Des Sources	<p><b>Rencontre thématique santé – CIUSSS/Territoire des Sources</b>  <u>Mandat</u> : À venir.</p>
Val-Saint-François	<p><b>Table de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale</b>  <u>Mandat</u> : Les partenaires de la Table ont une volonté commune de mieux se concerter pour réaliser leur mission et travailler davantage en étroite collaboration.</p>

<p><b>Memphrémagog</b></p>	<p><b>Table de développement social de Memphrémagog</b>  <u>Mandat</u> : La Table regroupe les tables de concertation et des partenaires du développement desservant le territoire (institutions publiques et parapubliques et organisations socio-économique). Elle vise à améliorer la situation des communautés du territoire de la MRC de Memphrémagog, en agissant de façon concertée sur les déterminants sociaux économiques.</p>
<p><b>Sherbrooke</b></p>	<p><b>Comité adviseur des partenaires (nom non officiel)</b>  <u>Mandat</u> : À venir.</p>
<p><b>Coaticook</b></p>	<p><b>Comité de pilotage</b>  <u>Mandat</u> : Le comité s'occupe de la gouvernance centrale de la concertation territoriale, s'assure que toutes les instances qui composent la concertation fonctionnent de manière efficace, veille à ce que l'ensemble des travaux soit conséquent des aspirations communes et des priorités de travail identifiées par l'assemblée des partenaires et maintient le tout dans la bonne direction.</p>
<p><b>Haut-Saint-François</b></p>	<p><b>Collectif territorial du Haut-Saint-François</b>  <u>Mandat</u> : Le Collectif favorise les liens, la collaboration et la réflexion sur les besoins de la population du Haut-Saint-François entre tous les partenaires de la communauté.</p>
<p><b>Granit</b></p>	<p><b>Table des partenaires du Granit</b>  <u>Mandat</u> : Par une vision globale et multisectorielle de la communauté, la Table a pour mission d'identifier des enjeux communs et d'agir dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie et la vitalité de notre territoire.</p>

## Politique de responsabilité populationnelle et de développement des communautés

La Politique de responsabilité populationnelle et développement des communautés vise à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population estrienne en agissant de façon concertée sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales. Elle repose sur des principes clés tels que l'équité territoriale, l'action intersectorielle et la participation citoyenne, afin d'adapter les services aux réalités locales des RLS. Cette approche favorise des services mieux coordonnés, une expérience améliorée pour la population et la création de milieux de vie plus sains et inclusifs.

La politique en vigueur et les équipes RLS mise en place pour soutenir la mise en œuvre de cette politique, représentent des leviers solidement implantés dans les territoires. Déployées dans chacun des neuf RLS depuis 2018, ces équipes ont la composition suivante :

## Plan d'action de l'Estrie – Indicateur 12

- Un hors-cadre
- Un cadre supérieur
- Un organisateur communautaire
- Un coordonnateur opérationnel local (COL)
- Un coordonnateur opérationnel local (co-gestion médicale COL)
- Un conseiller en communication commun à l'ensemble des RLS

Ensemble, ces membres assurent une connaissance fine du territoire, soutiennent la concertation intersectorielle, exercent une vigie des enjeux émergents et contribuent à l'adaptation de l'offre de services en fonction des besoins populationnels propres à chaque RLS. Ceci a créé des conditions favorables au positionnement proactif de notre établissement à l'égard de l'indicateur 12.

Les convergences entre la Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne, l'indicateur 12 et notre politique de responsabilité populationnelle et de développement des communautés sont nombreuses et soulignent la nécessité de faire évoluer notre modèle de gouvernance partenariale. Des travaux sont déjà amorcés afin de renforcer une gestion de proximité, s'appuyant sur des mécanismes de collaboration qui peuvent varier selon les objectifs poursuivis, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de l'amélioration de l'accessibilité ou de l'ajustement de l'offre de soins et de services.

La finalité de cette démarche est d'assurer un alignement stratégique et opérationnel durable entre le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires, tant dans les actions préventives que curatives, afin de générer des avancées concrètes et mesurables au regard des priorités ciblées par RLS.

## **Mission universitaire et implication de la recherche**

Nous participons à des projets de recherche afin d'alimenter et de soutenir l'évolution de nos pratiques dans le cadre de l'adaptation de notre offre de services aux besoins de la population. Ces collaborations s'inscrivent également dans une perspective d'innovation, d'évaluation et de mobilisation des connaissances, afin de soutenir une prise de décision éclairée et rigoureuse.

Cette participation nous donne accès à des connaissances de pointe, favorise le partage et l'identification de pratiques inspirantes avec d'autres CISSS et CIUSSS ainsi que des établissements à l'international. La collaboration étroite avec les équipes de recherche, à différentes étapes clés, permet également de documenter, d'analyser et d'évaluer les pratiques mises en œuvre, contribuant ainsi à l'amélioration continue de nos services.

Au sein de l'établissement, plusieurs infrastructures de recherche, dont l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), soutiennent ces travaux en offrant un accès à des expertises scientifiques diversifiées, en cohérence avec les enjeux de la première ligne.

À ce titre, certaines collaborations sont plus étroitement développées avec des chercheurs affiliés à l'IUPLSSS lorsque leurs travaux rejoignent directement nos priorités organisationnelles. Ces partenariats visent à appuyer l'appropriation des connaissances et leur application concrète dans les milieux de pratique, notamment pour faire évoluer nos façons de faire et soutenir la gouvernance de proximité.

À titre d'exemple, nous sommes engagés dans un projet dirigé par la professeure Lara Maillet (École nationale d'administration publique, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux), portant sur l'évaluation de l'implantation de la gestion de proximité en contexte de réforme du système de santé québécois. Ce projet permet de mieux comprendre les conditions de mise en œuvre, les facteurs contextuels et les effets potentiels de ces dispositifs sur la gouvernance territoriale, en appui aux orientations portées par l'établissement dans le cadre de l'indicateur 12.

## Atelier de concertation – Février 2026

Dans l'objectif de marquer une intention ferme de mieux intégrer notre lecture des besoins populationnels aux priorités d'adaptation de nos services, nous avons tenu un atelier réunissant plus d'une centaine de participants – gestionnaires de tous niveaux hiérarchiques, professionnels et médecins du DTMF comme de la santé publique – regroupés en tables RLS. L'animation des échanges a été assurée par le COL du RLS, avec l'appui de l'organisateur communautaire de la santé publique.

Cet atelier a été une étape clé du processus et a été positionné comme un jalon stratégique pour faire progresser la réflexion collective, notamment :



- Approfondissement des échanges : poursuite des discussions sur les réalités propres à chaque RLS.
- Analyse des enjeux prioritaires : identification et clarification des enjeux et thématiques spécifiques à chaque RLS.
- Meilleure compréhension des RLS : bonification de la connaissance des caractéristiques démographiques, sociales et populationnelles.
- Valorisation des initiatives existantes : mise en lumière des actions structurantes déjà en cours visant l'adaptation de l'offre de services.
- Alignement sur les priorités : consolidation des priorités communes et spécifiques pour guider la prise de décision.
- Orientation stratégique des services : définition de pistes d'évolution cohérentes pour mieux répondre aux besoins actuels et futurs de la population.



Les retombées de l'atelier sont très positives, portées par la richesse des échanges et la qualité du dialogue engendré. La démarche s'est révélée porteuse de sens pour notre organisation et pour la population estrienne, comme en témoigne le haut niveau de satisfaction des participants. Les travaux se poursuivront avec les partenaires afin de consolider les priorités et les actions intersectorielles, avec une suite envisagée dans les prochains mois.

## **Des initiatives structurantes à l'œuvre pour faire évoluer l'offre de service**

### **Ce que nous faisons d'innovant en Estrie avec nos partenaires**

---

Tel que mentionné précédemment, l'adaptation des services en Estrie s'effectue de façon continue, notamment grâce aux concertations intersectorielles mises en place au sein des RLS. Elle repose également sur une volonté d'agir pour et avec la population, soutenant l'adaptation continue des services à partir des réalités des milieux et des communautés. D'autres ajustements proviennent directement des gestionnaires, parfois en cogestion clinico-médicale, afin de transformer notre offre de services en fonction des besoins évolutifs de la population. Cette proactivité est essentielle, particulièrement dans un contexte où la disponibilité de la main-d'œuvre doit constamment être mise en relation avec les besoins réels et anticipés de la population estrienne.

Au fil des années, nous avons mené des démarches consultatives significatives avec nos partenaires et avons également déployé différentes structures de gouvernance intersectorielle. Ces mécanismes ont renforcé notre capacité collective à analyser, à prioriser et à ajuster nos services dans une logique de proximité et d'impact populationnel.

Dans le cadre de la présente démarche, les développements ou bonifications de services découlant d'orientations ministérielles ou d'instructions du siège social de Santé Québec ne sont pas inclus dans ce document. Bien qu'ils soient importants, ils ne relèvent pas d'une adaptation issue d'une gouvernance locale guidée par des besoins populationnels documentés. Les initiatives présentées ici sont donc exclusivement des actions locales, décidées à partir de constats terrain et d'analyses intégrées.

Notre démarche actuelle renforce la lecture des données de santé populationnelle, la mise en relation avec nos données d'accès et d'offre de services, ainsi que les échanges structurés avec nos partenaires et nos directions internes. L'objectif est d'améliorer la compréhension commune, d'harmoniser les priorités et d'outiller la prise de décision afin de soutenir une adaptation continue et cohérente de nos services.

Avant d'aborder la présentation détaillée des neuf RLS, nous souhaitons mettre en lumière une thématique prioritaire à l'échelle de l'établissement, ainsi que des initiatives réalisées récemment dont les retombées s'observent dans l'ensemble des RLS.

## Thématiques prioritaires de l'établissement

La démarche liée à l'indicateur 12 a permis d'identifier des priorités communes à l'échelle des RLS, tout en respectant les spécificités estriennes. Ces priorités traduisent des enjeux populationnels convergents et appellent des réponses cohérentes, différenciées localement et portées en partenariat.

Une thématique prioritaire issue de la démarche liée à l'indicateur 12 met en évidence des enjeux partagés par plusieurs RLS, dont certains dépassent le champ d'intervention du réseau de la santé et des services sociaux.

### Mobilité et accessibilité territoriale

---

- **Description** : Le transport constitue un enjeu transversal majeur, ayant une influence directe sur l'accès aux services. Notre rôle se situe principalement en appui aux acteurs responsables, à titre de partenaire, plutôt qu'en tant que maître d'œuvre. Les enjeux de mobilité ont un impact significatif sur la capacité de la population à utiliser les services, particulièrement dans les milieux défavorisés ou géographiquement éloignés. Selon l'intérêt des partenaires, nous pourrions envisager la mise en œuvre d'un projet pilote dans un RLS, afin d'explorer des pistes concrètes et transférables pour améliorer l'accessibilité territoriale.
- **Population ciblée** : Population défavorisée sur les plans social et matériel où le transport en commun est moins accessible.
- **Secteurs concernés** : À venir.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

## Thématiques issues des partenariats régionaux en cours

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS agit comme partenaire intersectoriel au sein de plusieurs instances importantes, qui ont récemment réalisé leur démarche de planification des priorités.

Ces priorités doivent être prises en compte dans notre responsabilité populationnelle à l'échelle régionale. Il est d'autant plus important de s'y investir plus intensément lorsqu'elles s'harmonisent avec les priorités de plusieurs RLS ». À titre d'exemples, mentionnons la Stratégie gouvernementale d'Occupation et de Vitalité des Territoires (OVT), portée par les Conférences administratives régionales (CAR), ainsi que les Ententes sectorielles de développement (ESD), pilotées par les tables des MRC. En Estrie, les actions prioritaires de ces instances, ainsi que celles de R3USSIR, une instance régionale visant à soutenir la réussite éducative et l'adéquation formation-emploi, contribuent à agir sur les enjeux suivants :

- La sécurité alimentaire et l'accès à une saine alimentation.
- Le logement social et abordable, particulièrement en milieu rural.
- La réussite éducative et la littératie.

## Plan d'action de l'Estrie – Indicateur 12

- L'intervention de proximité auprès des familles et des tout-petits.
- La mobilité et l'accessibilité territoriale.
- Les changements climatiques, considérés pour leurs impacts sur les conditions de vie et la santé des populations.

Ces instances auxquelles participe notre établissement contribuent de manière complémentaire et coordonnée à plusieurs enjeux prioritaires ayant des retombées directes à l'échelle locale.

## Des exemples d'initiatives structurantes en cours

### Le Plan d'action pour les jeunes et leur famille et la concertation intersectorielle jeunesse

---

#### Un exemple concret de concertation intersectorielle structurante

En juin 2019, un vaste exercice de consultation réunissant plus de 300 partenaires de l'Estrie a permis de coconstruire le Plan d'action pour les jeunes et leur famille (PAJEF). Cette mobilisation exceptionnelle a jeté les bases d'une vision commune et d'orientations partagées pour mieux soutenir les jeunes et leur famille dans la région.

Dès janvier 2020, les partenaires ont amorcé la concertation intersectorielle visant la mise en œuvre des projets identifiés lors de ces ateliers. Au total, 30 projets ont été réalisés, témoignant de la capacité collective d'agir de manière cohérente et coordonnée.

#### Retombées du comité stratégique intersectoriel jeunesse

L'un des principaux acquis du comité stratégique intersectoriel jeunesse est le renforcement durable de la collaboration intersectorielle, un principe fondamental du PAJEF. Le comité évolue désormais vers un rôle accru d'analyse des enjeux intersectoriels et d'identification de pistes d'action collectives, afin de soutenir l'adaptation continue des services et l'arrimage entre partenaires.

De manière générale, les partenaires évaluent très positivement leur participation à ces travaux.

#### Apports des concertations intersectorielles locales

Les concertations locales, intégrées à la structure de gouvernance jeunesse intersectorielle, jouent un rôle clé dans l'arrimage et la cohérence des interventions.

Les concertations cliniques intersectorielles, particulièrement celles menant à l'élaboration de plans de services individualisés (PSI), ont fait l'objet d'un bilan en 2025 ayant permis de dégager plusieurs constats significatifs :

- Déployées dans tous les RLS, plus de 150 PSI réalisés.
- Renforcement des liens : collaboration accrue entre les équipes internes du CIUSSS, les partenaires communautaires et scolaires.
- Réduction des inégalités sociales : actions concertées et adaptées aux réalités locales afin de mieux soutenir les familles.
- Mobilisation intersectorielle : l'engagement actif des partenaires constitue un levier déterminant pour atteindre les objectifs du PAJEF de façon durable.

## Prochaines priorités

Afin de poursuivre la dynamique amorcée, le comité stratégique intersectoriel jeunesse a choisi de se concentrer sur des enjeux dans lesquels tous les partenaires se reconnaissent. Il s'est donc fixé comme objectif d'identifier :

- Deux priorités intersectorielles centrées sur des clientèles présentant des vulnérabilités.
- Une priorité liée à des clientèles présentant des risques.

## Deux exemples de *living lab*

### RLS de Coaticook

Le *living lab* Coaticook est né dans un contexte de pression importante sur l'accès aux soins, notamment après la réduction des heures d'ouverture de l'urgence. La démarche, portée par la Corporation de développement communautaire (CDC) de Coaticook et coconstruite avec le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, la MRC, la Ville et les organismes communautaires, s'appuie sur une consultation citoyenne directe : entrevues terrain, échanges avec les usagers, professionnels, élus et partenaires. L'objectif est de comprendre les besoins réels de la communauté et de développer des solutions innovantes en première ligne.

Le *living lab* de Coaticook a permis d'adapter un outil de communication clair et accessible, coconstruit avec des usagers et des partenaires intersectoriels, afin de mieux vulgariser les portes d'accès et l'offre de services de première ligne. Cette initiative a renforcé la compréhension des parcours de services par la population et soutenu une utilisation plus appropriée et concertée des ressources du RLS.

### RLS du Granit

Dans la MRC du Granit, une mobilisation régionale structurée réunit élus, partenaires du milieu, citoyens et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS dans le cadre d'une vaste consultation visant à élaborer une Politique de la famille et des aînés (MADA). La population est invitée à participer par sondages et consultations publiques dans chaque municipalité afin d'identifier les besoins, préoccupations et priorités locales.

Le *living lab* du Granit a permis de faciliter l'accès aux services grâce à une meilleure coordination du transport collectif lors des périodes de vaccination. Il a également renforcé la cohérence des communications avec les municipalités, par un agenda partagé des événements santé via les réseaux sociaux des municipalités. Enfin, une information claire sur l'offre de services dans le RLS a contribué à améliorer la compréhension et l'utilisation des services par la population.

## Une alternative puissante à l'hospitalisation pour nos jeunes

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a déployé une nouvelle équipe de suivi intensif bref dans le milieu pour les jeunes de 5 à 17 ans vivant des enjeux sévères de santé mentale. Cette approche innovante, une première au Québec, permet d'intervenir directement à l'école ou à la maison et, ainsi, d'éviter ou d'écourter des hospitalisations dans 40 % des cas. Grâce à une équipe multidisciplinaire, les jeunes bénéficient d'un soutien rapide, d'une transition plus fluide entre l'hôpital et leur milieu de vie et d'une réduction de l'impact psychosocial associé à l'hospitalisation.

## Un premier salon de l'hébergement 0-100 ans

---

Le Salon de l'hébergement tenu le 14 mars dernier à Sherbrooke constitue un exemple concret et innovant d'adaptation des services aux besoins de la population, en mettant en valeur les différentes offres d'hébergement du territoire estrien pour tous les types de besoins ainsi que différentes informations pertinentes lorsque des personnes requièrent ce type de service. Cette initiative s'inscrit dans une approche de responsabilité populationnelle visant à mieux arrimer les services aux réalités locales.

### De multiples retombées

L'événement a contribué à démystifier ces offres de services et à répondre aux questions des personnes susceptibles d'avoir besoin de ces services et à celles de leurs proches aidants. Par le fait même, l'événement a favorisé le maillage entre gestionnaires, organisateurs communautaires et partenaires. Les commentaires recueillis soulignent d'ailleurs comme force importante une compréhension accrue et partagée des ressources disponibles sur le territoire.

## Un projet novateur pour le RLS de Memphrémagog

---

Issu d'un partenariat entre la Ville de Magog, l'organisme Longévitalité et notre organisation, le projet Longévitalité est une démarche communautaire innovante visant à créer des environnements favorables à la santé et au vieillissement actif, portée par et pour la communauté.

Lancé en septembre 2025 pour le RLS de Memphrémagog, ce projet s'inspire des zones bleues et mobilise les citoyens, la municipalité, des organismes et des professionnels autour d'actions concrètes et accessibles. Il s'inscrit pleinement dans une approche de responsabilité populationnelle, en misant sur les forces du milieu, la concertation intersectorielle et la co-construction afin d'améliorer durablement la qualité de vie et le bien-être de la population du territoire.

## Projet régional de cohabitation sociale

---

Le Projet régional de cohabitation sociale est une initiative issue de l'Équipe RLS de Sherbrooke, qui a proposé au début de l'année la création d'un guide régional visant à soutenir la cohabitation sociale lors de l'implantation ou du retrait de nouvelles ressources dans les communautés.

Cette démarche collective, menée conjointement par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et plusieurs partenaires régionaux, vise à doter les milieux d'un outil structurant de dialogue et de mobilisation. Elle s'appuie sur des expériences concrètes vécues dans différentes localités de l'Estrie, où des enjeux de cohabitation ont nécessité des approches adaptées, participatives et ancrées dans la réalité du terrain.

En proposant des repères clairs, partagés et transférables à l'ensemble des milieux urbains et ruraux, ce projet régional contribue directement à :

- Favoriser une acceptabilité sociale durable.
- Sécuriser les implantations futures.
- Réduire les coûts humains, organisationnels et financiers liés aux tensions de cohabitation.
- Renforcer la gouvernance de proximité en soutenant des processus décisionnels transparents et inclusifs.

## Plan d'action de l'Estrie – Indicateur 12

Ce projet constitue un levier essentiel pour soutenir un développement harmonieux des services, tout en consolidant le vivre-ensemble et la confiance entre les acteurs institutionnels, municipaux, communautaires et la population de l'Estrie.

## Diagnostic populationnel – Estrie

Le diagnostic populationnel constitue une étape clé de la mise en œuvre de l'indicateur 12, en permettant de fonder les priorités d'action sur une compréhension approfondie des besoins réels de la population. Il repose sur une lecture intégrée des données populationnelles, croisées avec l'expertise terrain et l'analyse de l'offre de services, afin de dégager des constats partagés et pertinents.

D'abord présenté pour l'ensemble de l'Estrie et par la suite par RLS, ce diagnostic vise à mettre en lumière les vulnérabilités, les facteurs de protection et les enjeux prioritaires propres à chaque territoire, dans une perspective de responsabilité populationnelle et de gouvernance de proximité. Il constitue ainsi un outil d'aide à la décision, soutenant l'adaptation continue des services et l'arrimage des actions aux réalités locales.

### Méthodologie commune à tous les RLS

---

Nous avons retenu une approche intégrée et structurée, à l'échelle des neuf RLS, pour la mise en œuvre de l'indicateur 12 en Estrie.

Notre démarche s'appuie sur les principes suivants :

- Le croisement de données quantitatives et qualitatives, incluant les portraits populationnels produits par la Direction de santé publique et l'expertise terrain des équipes cliniques et de gestion.
- Une analyse structurée de l'offre de services, permettant d'identifier les écarts entre les besoins populationnels et les services existants.
- La mobilisation des parties prenantes locales, notamment des gestionnaires, professionnels, médecins et partenaires du milieu, orchestrée par les COL.

Les données présentées dans ce document s'appuient sur les projections de population pour 2026, fondées sur les données corrigées du recensement de 2021.

Nous avons déployé la démarche selon une séquence progressive en sept phases, allant du positionnement stratégique à la validation et à la diffusion. Cette séquence comprend notamment la validation des portraits de santé par RLS, l'élaboration d'un diagnostic populationnel territorial intégré, l'identification de thématiques prioritaires, ainsi que la tenue d'un atelier de concertation en février 2026, organisé par RLS, ayant permis de consolider les constats et d'orienter les grandes priorités.

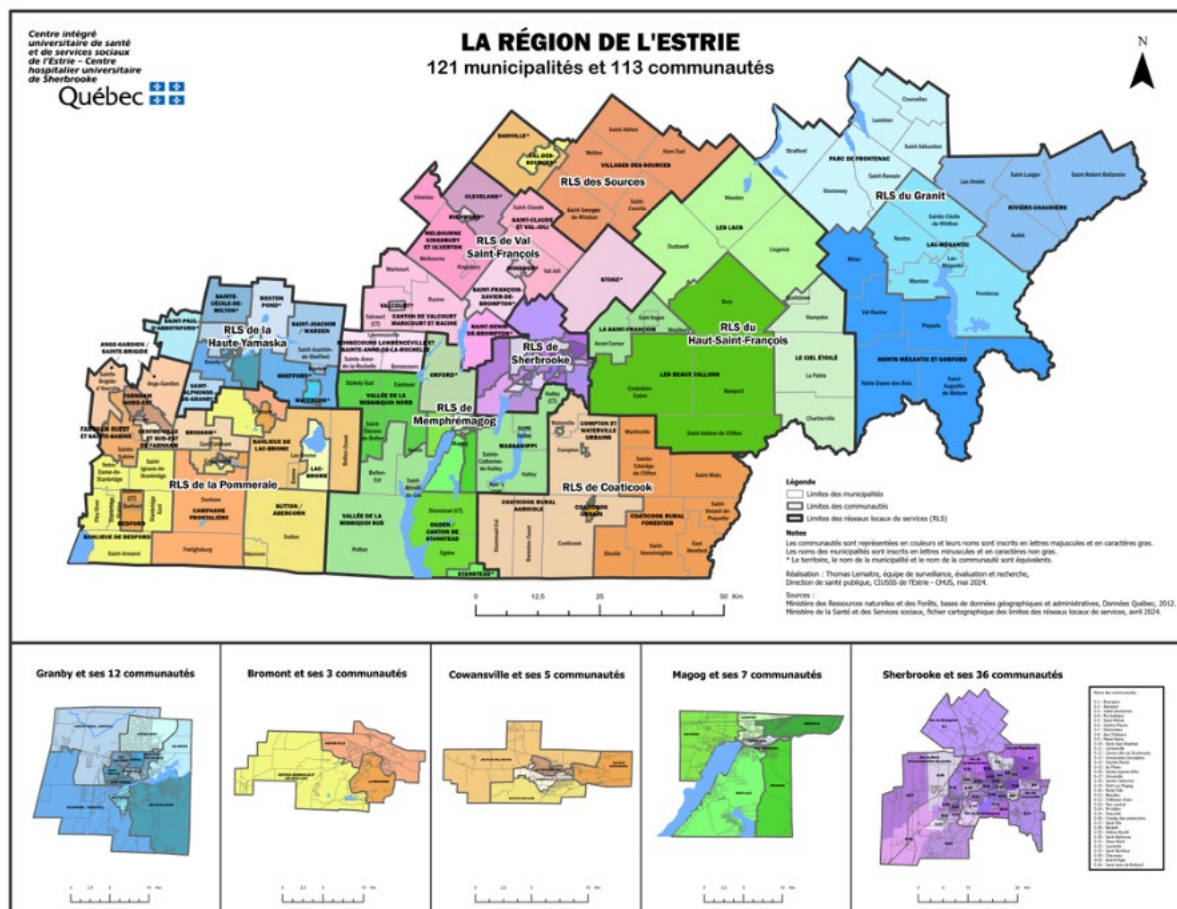
La gouvernance repose sur une structure multiniveau, combinant l'engagement de la haute direction, l'implication du Conseil d'administration de l'établissement, les instances de gouvernance de proximité et les mécanismes de concertation intersectorielle déjà en place dans les RLS.

Enfin, nous concevons cette démarche comme évolutive : les constats et priorités font l'objet d'échanges continus avec les partenaires, et le plan est appelé à être ajusté régulièrement afin de refléter l'évolution des besoins, l'avancement des travaux et les apprentissages collectifs.

## Portrait populationnel synthétique de l'Estrie

L'Estrie regroupe une population de 541 075 personnes, vivant dans 113 communautés réparties sur 121 municipalités, couvrant un vaste territoire de près de 13 000 km<sup>2</sup>, de Lac-Mégantic à Ange-Gardien.

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS regroupe plus de 21 000 employés, médecins et gestionnaires, répartis dans plus de 100 installations organisées en neuf réseaux locaux de services (RLS), et il compte un centre hospitalier universitaire.



### Tout-petits

- 75,4 % des enfants ayant eu 24 mois en 2025 ont un statut vaccinal complet pour l'âge (71,0 % au Québec). (Source : Registre de vaccination)
- Plus de trois enfants de maternelle 5 ans sur dix (30,2 %) présentent des vulnérabilités dans au moins un des cinq domaines de développement. Cette donnée est supérieure à celle pour le reste du Québec (28,7 %). (Source : Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2022)

## Jeunes

- Près d'un élève du secondaire sur cinq (18,2 %) a utilisé la cigarette électronique au cours des 30 jours précédant l'enquête, ce qui est supérieur au reste du Québec et constitue une augmentation significative depuis la dernière édition de l'enquête. (Source : *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2022-2023*)
- Plus de deux jeunes du secondaire sur cinq (40,6 %) ont obtenu un score élevé à l'échelle de détresse psychologique en 2022-2023. Il s'agit d'une augmentation comparativement à la précédente édition de l'enquête (28,7 %). (Source : *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2022-2023*)

## Adultes

- On observe une diminution de la proportion de fumeurs chez les adultes ayant rapporté fumer la cigarette (13,2 % en 2022 c. 14,8 % en 2018). En revanche, plus d'adultes ont rapporté fumer la cigarette électronique (6,8 % en 2022 c. 3,6 % en 2018). (Source : *Enquête de santé populationnelle estrienne 2022*)
- En 2022, plus d'une personne âgée de 15 ans et plus sur dix (11,7 %) rapporte percevoir son état de santé comme « passable » ou « mauvais ». Il s'agit d'une augmentation par rapport à l'année 2018 (10,0 %). (Source : *Enquête de santé populationnelle estrienne 2022*)

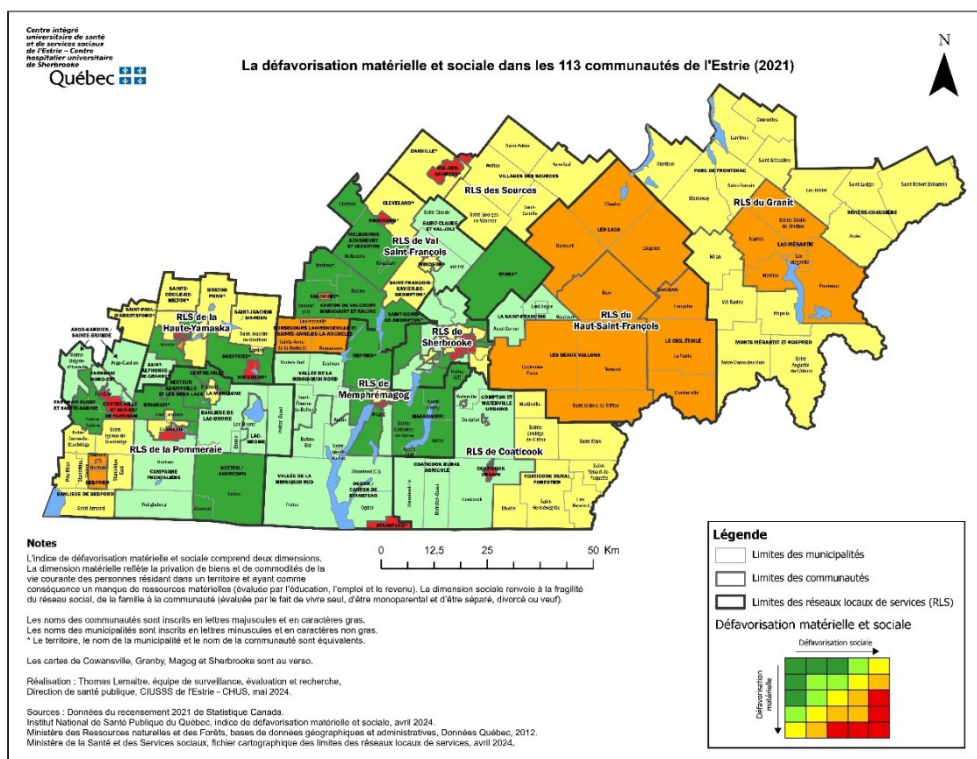
## Personnes âgées

- 56,5 % des personnes âgées de 60 ans ou plus participent à des activités sociales à l'extérieur de leur domicile au moins une fois par semaine (au cours des 12 derniers mois). Cette proportion a augmenté par rapport à 2018 (48,4 %). (Source : *Enquête de santé populationnelle estrienne 2022*)
- En moyenne, 1 213 personnes âgées sont hospitalisées chaque année à cause d'une chute ou d'une chute présumée (taux d'hospitalisation de 99,4 pour 10 000 personnes). Ce taux est inférieur à celui du reste du Québec (140,2 pour 10 000) et il est en diminution depuis 2010-2015 (143,9 pour 10 000). (Source : *MED-ECHO*)

## Projections de population pour l'année 2026 et répartition des groupes d'âge par RLS<sup>1</sup>

RLS/Territoire	Tout-petits (0-5 ans)		Jeunes (6-17 ans)		Adultes (18-64 ans)		Personnes âgées (65 ans et plus)		Total
La Pommeraiie	3 937	5,2 %	8 962	11,9 %	41 636	55,5 %	20 507	27,3 %	75 042
Haute-Yamaska	5 448	5,3 %	12 993	12,6 %	58 112	56,3 %	26 712	25,9 %	103 265
Memphrémagog	2 481	4,1 %	6 349	10,5 %	31 867	52,9 %	19 489	32,4 %	60 186
Coaticook	1 201	6,1 %	2 848	14,5 %	10 738	54,5 %	4 901	24,9 %	19 688
Sherbrooke	9 965	5,3 %	23 847	12,7 %	111 562	59,5 %	42 046	22,4 %	187 420
Val-Saint-François	2 092	6,2 %	4 638	13,8 %	18 894	56,2 %	8 011	23,8 %	33 635
Des Sources	783	5,1 %	1 866	12,3 %	7 712	50,7 %	4 845	31,9 %	15 206
Haut-Saint-François	1 475	6,2 %	3 292	13,7 %	13 203	55,1 %	5 983	25,0 %	23 953
Granit	976	4,3 %	2 625	11,6 %	11 821	52,1 %	7 258	32,0 %	22 680
Estrie	28 358	5,2 %	67 420	12,5 %	305 545	56,5 %	139 752	25,8 %	541 075

## La défavorisation matérielle et sociale dans les 113 communautés de l'Estrie



### <sup>1</sup> Note méthodologique

Données extraites de l'outil des populations développé par l'équipe de surveillance et d'évaluation de la direction de santé publique de l'Estrie : <https://www.santeestrie.qc.ca/professionnels/ressources-pour-les-professionnels/sante-publique-de-lestrie/donnees-et-publications>

Les projections de population pour 2026 reposent sur les données corrigées du recensement de 2021 et correspondent à des scénarios de modélisation fondés sur le maintien des tendances démographiques observées. Étant donné la volatilité inhérente aux phénomènes démographiques, ces projections comportent une part d'incertitude, particulièrement pour les territoires de plus petite taille.

Date de mise à jour de l'outil : Janvier 2025

## **Des priorités à l'échelle des RLS**

Les priorités d'action sont définies à l'échelle des RLS afin de refléter les réalités populationnelles et territoriales propres à chaque milieu. Le territoire CLSC constitue le point d'ancrage de la première ligne pour comprendre les besoins de la population et pour adapter l'offre de services. Cette approche permet d'ajuster les priorités selon les contextes urbains et ruraux, tout en assurant une cohérence à l'échelle de l'établissement.

## **Plans détaillés par RLS**

Les plans par RLS regroupent les principaux constats populationnels et organisationnels et identifient les thématiques prioritaires propres à chaque territoire. Ces priorités découlent du croisement des données disponibles et de la mobilisation des acteurs locaux, et elles serviront de base à la définition des actions ciblées.

# RLS de la Pommeraie

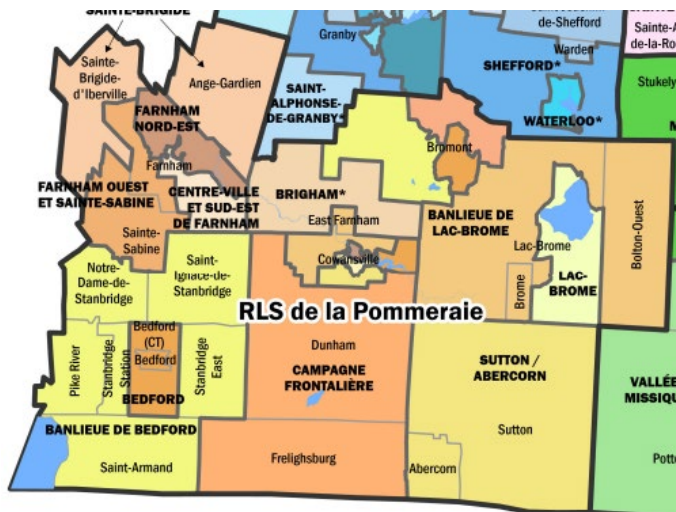


## Portrait sociodémographique du RLS (phase 2)

Le territoire connaît une croissance de sa population avec 75 042 habitants en 2026. La population est marquée par un vieillissement important; elle est plus âgée que dans les moyennes estrienne et québécoise.

### Vulnérabilités

- **Enjeux chez les adultes et personnes âgées** : isolement social, surtout chez les personnes seules et les aînés, inégalités en matière de coût du logement et du niveau de littératie, coûts des logements élevés, faible utilisation des transports en commun et déplacements domicile-travail plus longs, ce qui reflète des enjeux de mobilité et d'aménagement.
- **Itinérance** : hausse marquée de l'itinérance au cours des dernières années, susceptible d'entraîner d'une pression accrue sur les services sociaux.
- La diversité culturelle y est moindre comparativement au reste du Québec, mais on observe tout de même une présence significative de personnes anglophones.



### Facteurs de protection

- Situation socioéconomique favorable : les revenus des habitants du territoire sont relativement élevés.
- Logement : les conditions de logement se situent dans une situation favorable.

## Synthèse du diagnostic (phase 2)

Le portrait de santé du RLS met en évidence certaines particularités, comme les infections transmissibles sexuellement et par le sang qui y sont moins fréquentes que dans d'autres régions. Le portrait montre que les principales causes de décès sont les cancers et les maladies cardiovasculaires, représentant environ la moitié des décès. Les taux de plusieurs cancers (sein, prostate, poumon, colorectal et peau) sont comparables à ceux de l'Estrie et du Québec. Toutefois, la mortalité liée aux troubles mentaux est plus élevée dans ce RLS que dans les autres régions.

Chez les jeunes enfants, la situation est globalement favorable, bien que comparativement à l'Estrie, un plus grand nombre d'enfants de maternelle 5 ans présentent des vulnérabilités physiques ou développementales dans au moins un domaine de développement. Chez les jeunes, on observe plus de difficultés d'apprentissage, de troubles du spectre de l'autisme et de troubles mentaux, ainsi qu'un recours accru aux services de protection de la jeunesse.

La population adulte bénéficie de conditions socioéconomiques favorables et d'un bon niveau d'activité physique, mais présente tout de même plusieurs enjeux, notamment des maladies chroniques, du surpoids et de la détresse psychologique.

Enfin, la population âgée, en croissance dans le RLS (projection de 31 % en 2029 versus 25 % actuellement), présente un état de santé globalement similaire à celui de l'Estrie, avec certains aspects positifs, notamment une présence moindre de troubles neurocognitifs, d'hypertension et d'hospitalisations liées aux chutes.

## Offre de service – Initiatives structurantes d'adaptation des services (phase 3)

La présente section dresse une synthèse des principales initiatives, en mettant en évidence les actions significatives et récentes qui contribuent à l'adaptation de nos services, qui nous distinguent en Estrie et dont les résultats visés ou obtenus témoignent d'une adaptation de nos services aux besoins de la population. Les programmes provinciaux sont exclus de cette liste.

Nom de l'initiative	Résultat visé/obtenu
<b>Mise en place gériatrie sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'accès aux services et le repérage précoce des personnes âgées vulnérables.</li> <li>• Réduire l'isolement et favoriser le maintien à domicile.</li> <li>• Renforcer la coordination entre les partenaires locaux et communautaires.</li> </ul>
<b>Ouverture d'un centre de jour et hébergement d'urgence</b>	Les deux organismes responsables du projet espèrent une ouverture cet été. Le centre de jour offrira des services à des usagers vivant en situation d'itinérance ou présentant des enjeux importants de santé mentale ou de consommation, une clientèle en constante augmentation.
<b>Présence du comité Santé et d'une structure de concertation novatrice (réseau de développement social de Brome-Missisquoi)</b>	Renforcement de la coordination locale en santé grâce à la présence d'un comité Santé et à une structure de concertation novatrice, favorisant une action collective intégrée sur le territoire de Brome-Missisquoi.
<b>Élaboration d'un portrait des besoins en transport collectif</b>	Travail avec les différents partenaires afin de mieux comprendre les besoins des usagers et de voir comment adapter les soins ou offrir des options de transports en collaboration avec les partenaires pour mieux répondre aux besoins de la clientèle.

## Thématiques prioritaires du RLS (phase 6)

Les éléments présentés dans cette section correspondent à des thématiques prioritaires issues de l'analyse des besoins populationnels. Il s'agit d'orientations stratégiques, et non d'actions ciblées, lesquelles seront précisées dans une phase ultérieure.

*Non présentées en ordre de priorité.*

**1. Assurer une coordination intersectorielle des services tout au long du parcours de vie des personnes âgées, afin d'offrir des réponses intégrées, continues et adaptées à l'évolution de leurs besoins.**

- **Description** : Structurer une offre de services intersectorielle et coordonnée, soutenant la continuité du parcours de soins et de services des personnes âgées, dans une perspective de fluidité, de complémentarité et d'efficience à l'échelle du RLS.
- **Population ciblée** : Clientèle âgée de 65 ans et plus (dans un premier temps).
- **Secteurs concernés** : Multidirectionnel (services cliniques, services psychosociaux, première ligne, partenaires communautaires, milieu scolaire, etc.).
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

**2. Soutenir le développement global des tout-petits et la capacité d'agir des familles dès la grossesse pour prévenir les vulnérabilités précoces.**

- **Description** : Assurer un continuum de services intégrés et de qualité pour les familles, de la grossesse jusqu'à l'âge de 5 ans en mettant l'accent sur la promotion des saines habitudes de vie, la prévention des problématiques développementales, sociales et de santé, ainsi que sur l'intervention précoce et le soutien aux parents. Les actions déployées reposent sur une approche interdisciplinaire et collaborative entre les différents secteurs afin de favoriser le développement global de l'enfant et le bien-être des familles.
- **Population ciblée** : Femmes enceintes, futurs parents, enfants âgés de 0 à 5 ans.
- **Secteurs concernés** : Direction du programme jeunesse, Direction de la protection de la jeunesse, Direction de santé publique, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, partenaires communautaires du RLS, MRC, centre de santé et de services sociaux local, centres de petite enfance, garderies.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

**3. Renforcer l'adaptation des services et améliorer l'accessibilité en proximité afin de répondre de manière équitable, intégrée et durable aux besoins des communautés vulnérables du RLS.**

- **Description** : Orienter l'organisation des services vers une offre de proximité mieux adaptée aux réalités territoriales, en réduisant les obstacles d'accès et en favorisant des réponses coordonnées pour les populations vulnérables du RLS.
- **Population ciblée** : Toutes les clientèles, les communautés défavorisées, vulnérables et isolées.
- **Secteurs concernés** : À venir.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

# RLS de la Haute-Yamaska

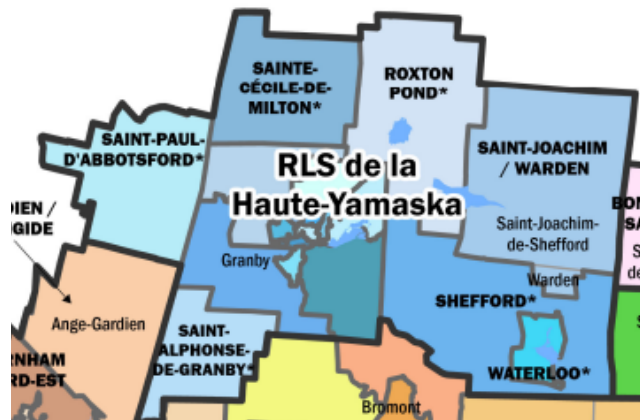


## Portrait sociodémographique du RLS (phase 2)

La Haute-Yamaska compte 103 265 habitants, et se caractérise par une population vieillissante, ce qui se compare aux autres RLS.

### Vulnérabilités

- **Enjeux chez les adultes et personnes âgées** : revenus plus faibles, littératie limitée, offre réduite de logements sociaux et taux d'inoccupation très bas.
- **Accès aux services fragilisé** : le nombre de personnes ayant accès à un médecin de famille a diminué.
- **Itinérance** : les enjeux liés à l'itinérance sont en croissance.



### Facteurs de protection

- Vaccination : 75,7 % des enfants de 24 mois ont reçu tous les vaccins prescrits.
- 63,1 % de la population en Haute-Yamaska a un score de santé mentale positive optimal, ce qui est supérieur au reste de l'Estrie (57,8 %).
- Emploi : le taux de chômage est légèrement inférieur à celui de l'Estrie.
- Santé des personnes âgées : la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des troubles neurocognitifs majeurs chez les 65 ans et plus est plus faible qu'en Estrie.
- Revenu : le revenu médian des ménages atteint 59 200 \$, un niveau légèrement supérieur à l'Estrie. L'hypothèse est l'arrivée de retraités et de télétravailleurs dans la région.

## Synthèse du diagnostic (phase 2)

Parmi une dizaine de constats analysés, quatre ont été retenus lors de consultations internes et avec les partenaires.

D'abord, à l'entrée à la maternelle, un nombre important d'enfants présentent une vulnérabilité dans au moins un domaine de développement.

Ensuite, au secondaire, les comportements d'agressivité indirecte demeurent plus fréquents qu'ailleurs en Estrie.

Sur le plan des habitudes de vie, le surplus de poids et l'obésité sont en progression, et une large part de la population n'atteint pas le niveau d'activité physique recommandé.

Enfin, lorsqu'on aborde la santé mentale des adultes, il est courant d'évoquer les troubles de l'humeur ainsi que d'autres troubles mentaux, tels que la schizophrénie et les troubles bipolaires, qui sont plus fréquents dans la population comparativement à d'autres groupes.

## Offre de service – Initiatives structurantes d'adaptation des services (phase 3)

La présente section dresse une synthèse des principales initiatives, en mettant en évidence les actions significatives et récentes qui contribuent à l'adaptation de nos services, qui nous distinguent en Estrie et dont les résultats visés ou obtenus témoignent d'une adaptation de nos services aux besoins de la population. Les programmes provinciaux sont exclus de cette liste.

Nom de l'initiative	Résultat visé/obtenu
<b>Comité vigie en prévention de la violence et de la polarisation</b>	Renforcer la concertation entre les partenaires du milieu, adapter les interventions et soutenir le bien-être des jeunes.
<b>Clinique d'obésité</b>	Vise la prise en charge intégrée et personnalisée de l'obésité afin d'améliorer la santé et réduire les complications qui y sont associées.
<b>Adaptation offre de services en dépendance</b>	Participation à un projet de recherche avec l'UQTR visant à adapter les services pour les usagers présentant un profil de courte ou de longue durée, incluant les grands utilisateurs.
<b>Formation interdirections : Les enjeux de santé mentale chez les personnes TSA</b>	Assurer un meilleur accès et une prise en charge adaptée pour la clientèle présentant une comorbidité, grâce à une compréhension approfondie et des interventions adaptées.

## Thématiques prioritaires du RLS (phase 6)

Les éléments présentés dans cette section correspondent à des thématiques prioritaires issues de l'analyse des besoins populationnels. Il s'agit d'orientations stratégiques, et non d'actions ciblées, lesquelles seront précisées dans une phase ultérieure.

*Non présentées en ordre de priorité.*

### **1. Diminuer la vulnérabilité des jeunes de maternelle.**

- **Description :** Déploiement d'un ensemble d'interventions préventives, mises en place dès la petite enfance et en amont de l'entrée à la maternelle, visant à soutenir le développement des enfants.
- **Population ciblée :** Enfants de 0 à 5 ans issus des milieux défavorisés du RLS et leurs parents ou tuteurs.
- **Secteurs concernés :** Direction de santé publique, Direction du programme jeunesse, Direction du soutien à domicile et des services spécialisées en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, Direction de la protection de la jeunesse, centres de petite enfance, centres de services scolaires, organismes communautaires.
- **Responsable(s) désigné(s) :** À venir.
- **Échéancier :** À venir.
- **Critères de succès :** Dans le cadre de cette thématique, l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2027 constitue une unité de mesure pouvant s'avérer pertinente.

## *2. Prévenir la violence au secondaire.*

- **Description** : La violence au secondaire est en augmentation, particulièrement sous forme de violence indirecte. Ce type de violence favorise une escalade vers d'autres formes de violence et contribue à la polarisation du milieu scolaire.
- **Population ciblée** : Jeunes de 12 à 17 ans fréquentant le milieu scolaire.
- **Secteurs concernés** : Direction de santé publique, Direction du programme jeunesse, Direction du soutien à domicile et des services spécialisées en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, centres de services scolaires, services policiers, organismes communautaires, municipalités.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

## *3. Améliorer et adapter l'accès aux services pour les adultes atteints de troubles mentaux.*

- **Description** : L'atteinte de troubles mentaux se manifeste par la présence de conditions cliniques pouvant engendrer des difficultés importantes dans les sphères personnelle, sociale et professionnelle.
- **Population ciblée** : Personnes de 18 à 65 ans vivant avec un trouble mental.
- **Secteurs concernés** : Direction des programmes santé mentale et dépendance, Direction de santé publique, organismes communautaires, groupes de médecine familiale (GMF), accueil psycho-social, services policiers.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

## **Implication sur certaines thématiques à titre de partenaires**

---

La présente section regroupe des thématiques pour lesquelles nous intervenons à titre de partenaire, sans en être les porteurs principaux, mais dont l'importance est ressortie de façon récurrente à la fois dans les échanges (internes et partenaires) et dans les analyses sociodémographiques, justifiant leur intégration au plan.

### *1. Prévenir l'embonpoint et l'obésité.*

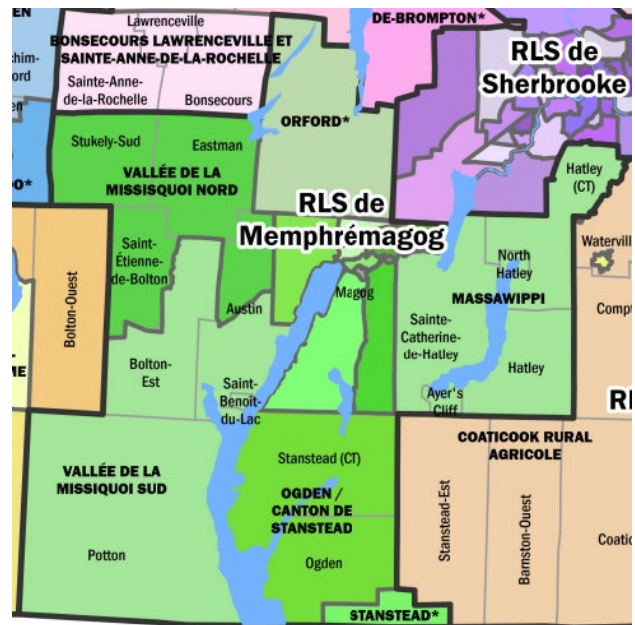
- **Description** : Les impacts de l'augmentation de l'embonpoint dépassent la simple prise de poids, en affectant de façon durable la santé physique, la santé mentale, le bien-être global et la qualité de vie des personnes concernées.
- **Population ciblée** : Personnes âgées de 18 à 65 ans présentant un surplus de poids ou une obésité.
- **Secteurs concernés** : Direction de santé publique, Direction des services généraux, municipalité, groupe de médecine familiale (GMF), organismes communautaires, Collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP), Centres de formation et éducation des adultes (CRIF), pharmacies communautaires.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

# RLS de Memphrémagog



## Portrait sociodémographique du RLS (phase 2)

Le RLS dessert une population de 60 186 personnes réparties dans 13 communautés. L'offre de services CLSC et GMF regroupe trois pôles : Magog, Mansonville et Stanstead. Le territoire se distingue au plan estrien par un vieillissement démographique marqué, et certaines communautés rurales présentent une forte proportion de population anglophone.



### Vulnérabilités

- **Petite enfance (0-5 ans)** : prévalence d'enfants de maternelle 5 ans qui présentent une vulnérabilité dans au moins l'un des cinq domaines de développement mesurés, dans un contexte de moindre accès aux services de garde.
- **Enjeux chez les jeunes 12-17 ans** : difficultés scolaires chez les jeunes du secondaire plus marquées; taux élevé de sorties sans diplôme, surtout en milieu rural; hausse des troubles alimentaires.
- **Enjeux chez les adultes et personnes âgées** : taux élevé de non-diplomation secondaire, taux élevé de non-emploi, hausse de la consommation de cannabis, hausse de la détresse psychologique, hausse de l'isolement.
- **Enjeux chez la population globale** : près du tiers de la population vit au sein de communautés fortement défavorisées matériellement.

### Facteurs de protection

- Un faible taux de naissance de petit poids.
- Un faible taux de familles monoparentales.
- Fort taux d'inscription des usagers vulnérables auprès d'un médecin.

## Synthèse du diagnostic (phase 2)

Au niveau de l'intégration et de la coordination des services, les situations cliniques au sein du RLS sont marquées par une complexité croissante et un besoin de renforcer l'arrimage entre la première ligne et les partenaires externes afin d'assurer des trajectoires de services continues et adaptées aux réalités territoriales.

En ce qui a trait au développement et à la protection du potentiel des jeunes enfants, la communauté de Stanstead devrait faire l'objet d'un focus territorial prioritaire, car le besoin d'interventions éducatives plus marqué dans cette communauté. Un nombre important d'enfants de maternelle 5 ans présentent une vulnérabilité dans un moins un des cinq domaines de développement mesurés et sont exposés à des contextes de parentalité en souffrance ou à un déficit d'opportunités sociales.

En lien avec l'accessibilité et l'équité territoriale des services, l'isolement et l'accès aux services sont marqués dans certaines communautés qui sont éloignées géographiquement, ce qui souligne la nécessité de déployer des approches de proximité auprès des populations rurales.

Enfin, la présence d'enjeux socioéconomiques et démographiques en santé mentale chez les adultes et les personnes âgées renforce l'importance d'intervenir simultanément chez cette population en matière de besoins psychosociaux.

## Offre de service – Initiatives structurantes d'adaptation des services (phase 3)

La présente section dresse une synthèse des principales initiatives, en mettant en évidence les actions significatives et récentes qui contribuent à l'adaptation de nos services, qui nous distinguent en Estrie et dont les résultats visés ou obtenus témoignent d'une adaptation de nos services aux besoins de la population. Les programmes provinciaux sont exclus de cette liste.

Nom de l'initiative	Résultat visé/obtenu
<b>Gériatrie sociale</b>	Préservation de la santé et de l'autonomie des personnes âgées en agissant sur un ensemble de déterminants de la santé.
<b>Équipe Ressource-Relais</b>	Des intervenants proactifs œuvrent directement dans la communauté à partir d'un organisme communautaire hôte. Ils assurent, au besoin, un rôle de liaison avec les services de première ligne. Le caractère distinctif de ce projet réside dans son financement concerté, reposant sur l'engagement de plusieurs partenaires communautaires dans une démarche collective.
<b>Table de développement sociale</b>	Politique élaborée avec mise en valeur d'orientations touchant l'environnement, le maillage social, la santé mentale et physique. Partenariat avec le CIUSSS de l'Estrie – CHUS au niveau de l'accessibilité aux services.

## Thématiques prioritaires du RLS (phase 6)

Les éléments présentés dans cette section correspondent à des thématiques prioritaires issues de l'analyse des besoins populationnels. Il s'agit d'orientations stratégiques, et non d'actions ciblées, lesquelles seront précisées dans une phase ultérieure.

*Non présentées en ordre de priorité.*

### *1. Renforcer l'intégration et la continuité des services.*

- **Description** : Nous observons une complexification des situations cliniques, marquée par la coexistence de problématiques (ex. : personne aînée en perte d'autonomie présentant un trouble de santé mentale; adolescent vivant avec des troubles d'adaptation et un trouble du spectre de l'autisme). Cette approche repose sur des mécanismes collaboratifs entre les partenaires internes et externes, afin d'assurer une réponse cohérente et adaptée aux besoins populationnels.
- **Population ciblée** : Personnes de 0 à 100 ans avec des conditions de santé coexistantes.
- **Secteurs concernés** : Direction des services généraux, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Direction du programme jeunesse, Direction de la protection de la jeunesse, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

### *2. Prioriser les interventions précoces auprès des jeunes enfants, avec un focus à Stanstead.*

- **Description** : Certains enfants, particulièrement dans la communauté de Stanstead, présentent une sous-stimulation et des vulnérabilités dans au moins un des domaines de développement, ce qui peut nuire à l'atteinte de leur plein potentiel futur. Il importe de déployer, à la suite du dépistage, des interventions ciblées et structurées auprès des enfants de 0 à 5 ans présentant des vulnérabilités développementales, en tenant compte de contextes parentaux fragilisés et d'un déficit de stimulation sociale.
- **Population ciblée** : Les enfants de 0 à 5 ans et leur famille.
- **Secteurs concernés** : Direction du programme jeunesse, Direction de la protection de la jeunesse, écoles, services de garde éducatifs à l'enfance, organismes communautaires.
- **Échéancier** : À venir.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

### *3. Améliorer l'accessibilité et l'équité des services pour l'ensemble du RLS.*

- **Description** : Certaines communautés plus éloignées au sein de notre RLS, notamment Stanstead, Ogden et Mansonville, présentent des enjeux accrus d'accessibilité. L'éloignement géographique, combiné à la défavorisation matérielle, accroît la vulnérabilité de ces populations. Il est nécessaire d'adapter davantage l'offre de services aux réalités des communautés éloignées et rurales, en déployant des approches de proximité sensibles aux dimensions culturelle, linguistique et sociale, afin de réduire l'isolement et les inégalités d'accès aux services de santé et aux services sociaux.
- **Population ciblée** : Clientèle 0 à 100 ans.
- **Secteurs concernés** : Direction des services généraux, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Direction du programme jeunesse, Direction de la protection de la jeunesse, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

**4. Renforcer la santé mentale de nos adultes et de nos aînés ainsi que la résilience.**

- **Description** : On observe une détérioration de la santé mentale et une hausse de la détresse psychologique chez nos adultes et aînés, sur fond de communautés vulnérabilisées sur les plans matériel et social. Il est essentiel d'intervenir de manière proactive sur les déterminants psychosociaux qui influencent leur santé mentale, et ce, par une réponse plus agile, intégrée et mieux alignée sur les besoins, afin de réduire la détresse et l'isolement, tout en renforçant le sentiment de compétence des personnes.
- **Population ciblée** : Clientèle de 18 ans ou plus.
- **Secteurs concernés** : Direction des services généraux, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

# RLS de Coaticook

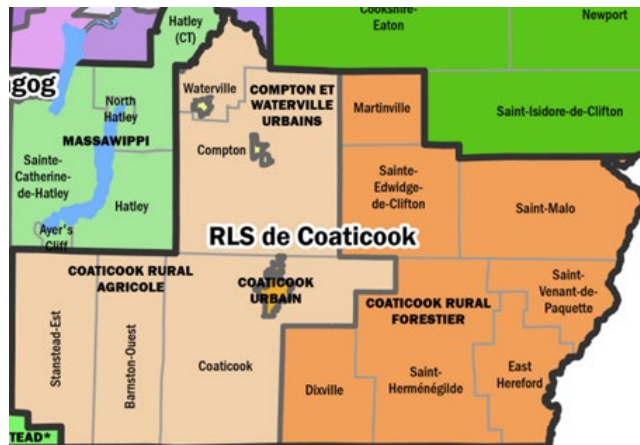


## Portrait sociodémographique du RLS (phase 2)

La population de ce RLS est de 19 688 habitants, et une concentration importante des soins et services se trouve dans Coaticook urbain.

### Vulnérabilités

- **Enjeux chez les jeunes 5-17 ans :** retards de développement cognitifs et langagiers importants chez les enfants de maternelle 5 ans, décrochage scolaire élevé avant la fin du secondaire, augmentation des mauvaises habitudes de vie chez les jeunes (consommation d'alcool, vapotage et manque de sommeil).
- **Enjeux chez les adultes et personnes âgées :** pénurie de logements; hausse du prix des maisons; défavorisation matérielle élevée dans la majorité du RLS, ce qui amène une pression sur l'établissement des familles, l'accès au logement et l'attractivité, ainsi que la stabilité résidentielle. Le faible niveau de littératie chez l'adulte amène des difficultés structurelles touchant le développement, la réussite éducative et la capacité socioéconomique à long terme. L'activité physique est insuffisante chez l'adulte, ce qui impacte le bon développement de nos futurs adultes et le maintien de la santé physique de nos personnes âgées de demain. Le RLS est au premier rang en Estrie pour la mortalité par chute chez les personnes de 65 ans et plus. Le taux d'hospitalisation est faible, tandis que celui des personnes vivant une incapacité est élevé, ce qui indique une vulnérabilité marquée des personnes âgées et une sous-utilisation des soins et services au moment opportun.
- **Santé mentale :** premier rang en Estrie pour mortalité par suicide, malgré un faible taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide et de diagnostics de troubles mentaux et anxiodépressifs. Indice de non-recours, sous-détection, stigmata important.



### Facteurs de protection

- Favorisation sociale (sauf Coaticook urbain).
- Peu de ménages locataires dépassent 30 % de leur revenu pour le logement.
- Faible taux d'assistance sociale.
- Faible taux de 25 à 64 ans sans emploi.
- Majorité des naissances sont de mères ayant plus de 20 ans et ayant 11 ans de scolarité ou plus.

## Synthèse du diagnostic (phase 2)

Accessibilité inégale aux services entre noyaux urbains et zones périphériques : déséquilibre territorial qui peut limiter l'équité dans la prestation de services, nuire à la prévention, et créer des zones « hors radar » pour des clientèles vulnérables.

Enjeux importants de développement des enfants et des jeunes, affectant le futur capital humain : chaîne éducative fragilisée, de la petite enfance à l'âge adulte.

Sous-détection de la détresse psychologique chez l'adulte et de la vulnérabilité des personnes âgées, menant à des décès prématurés évitables (suicides et chutes) : vulnérabilités silencieuses, particulièrement chez les adultes de sexe masculin et chez les personnes âgées en perte d'autonomie, que nous devons réussir à rejoindre en amont.

## Offre de service – Initiatives structurantes d'adaptation des services (phase 3)

La présente section dresse une synthèse des principales initiatives, en mettant en évidence les actions significatives et récentes qui contribuent à l'adaptation de nos services, qui nous distinguent en Estrie et dont les résultats visés ou obtenus témoignent d'une adaptation de nos services aux besoins de la population. Les programmes provinciaux sont exclus de cette liste.

Nom de l'initiative	Résultat visé/obtenu
<b>Projet pilote pour la santé mentale et le bien-être des agriculteurs</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cibler les réels besoins des agriculteurs pour mieux adapter l'accès aux services psychosociaux.</li><li>2. Outiller et sensibiliser les intervenants à la réalité des agriculteurs.</li></ol>
<b>Cliniques mobiles</b>	Offrir des soins et services en proximité de nos populations rurales, en partenariat avec plusieurs municipalités du RLS.
<b>Living lab (démarche où des usagers, des organismes et des experts co-crésent, testent et améliorent des solutions en conditions réelles)</b>	Adapter un outil de communication en collaboration avec des usagers et des partenaires du milieu intersectoriel pour vulgariser les portes d'accès et les services de première ligne à la population du RLS.
<b>Groupes d'habilités parentales en mode hybride (présentiel et virtuel)</b>	Adaptation de la formule du service en fonction des besoins et de la réalité des parents pour favoriser la participation.

## Thématiques prioritaires du RLS (phase 6)

Les éléments présentés dans cette section correspondent à des thématiques prioritaires issues de l'analyse des besoins populationnels. Il s'agit d'orientations stratégiques, et non d'actions ciblées, lesquelles seront précisées dans une phase ultérieure.

*Non présentées en ordre de priorité.*

### *1. Lutter contre l'isolement physique et mental.*

- **Description** : Réduire l'isolement en milieu rural, où la distance et la centralisation des services accentuent la détresse silencieuse. Cette priorité vise à renforcer la présence de proximité, à multiplier les occasions de lien significatif et à soutenir les personnes vulnérables et leur famille afin de prévenir la solitude, l'épuisement et les crises non exprimées, pour une communauté plus résiliente et connectée.
- **Population ciblée** : Jeunes, adultes et personnes âgées.
- **Secteurs concernés** : Direction du programme jeunesse, Direction de la protection de la jeunesse, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, Direction des programmes santé mentale et dépendance, partenaires communautaires.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

### *2. Agir sur les habitudes de vie.*

- **Description** : Agir en amont sur les habitudes de vie présentant des défis particuliers pour la population du RLS de Coaticook, ce qui permet de réduire l'apparition de problématiques bien réelles et de diminuer leurs impacts à long terme. Cette priorité vise à promouvoir des comportements favorables à la santé, afin d'améliorer durablement la qualité de vie et le bien-être collectif.
- **Population ciblée** : Jeunes et adultes.
- **Secteurs concernés** : Direction de santé publique, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, partenaires scolaires et communautaires.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

### *3. Améliorer l'accessibilité et la proximité des services.*

- **Description** : Rejoindre plus efficacement les populations isolées ou peu connues des services en décentralisant et en adaptant l'offre pour mieux répondre aux réalités du milieu. Cette priorité vise à permettre une consultation au moment opportun afin d'éviter la dégradation des situations, de réduire la sous-utilisation des services, d'intervenir plus tôt et de faire mieux connaître nos ressources en démystifiant la façon d'y accéder.
- **Population ciblée** : Jeunes, adultes et personnes âgées.
- **Secteurs concernés** : Direction des services généraux, Direction du programme jeunesse, Direction de la protection de la jeunesse, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, partenaires communautaires.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

# RLS de Sherbrooke

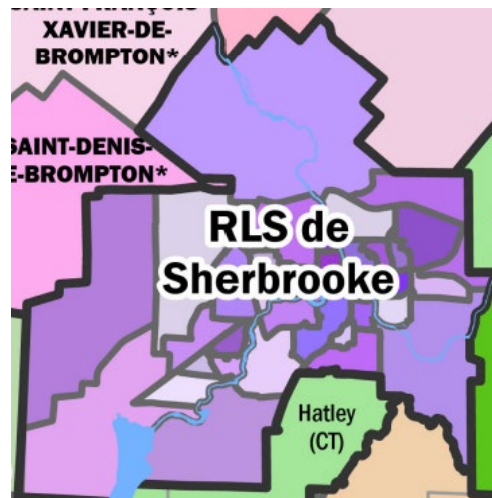


## Portrait sociodémographique du RLS (phase 2)

La ville de Sherbrooke représente le pôle urbain de l'Estrie avec une population de 187 420 habitants (perspective de 206 300 habitants en 2041). Son taux de croissance populationnelle estimé est le plus élevé en Estrie (2021-2041 : croissance populationnelle estimée à 18,6 %).

Sherbrooke est la ville désignée pour l'accueil des personnes réfugiées, avec une hausse des demandeurs d'asile depuis 2022, et elle compte plus de 30 000 étudiants postsecondaires sur le territoire.

Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus sera en augmentation d'ici 2031



### Vulnérabilités

- **Petite enfance (0-5 ans)** : 55 % des enfants n'obtiennent pas les services d'Agir tôt dans les délais.
- **Enjeux chez les jeunes 5-18 ans** : polarisation, intolérance et violence en augmentation dans les écoles primaires et secondaires.
- **Accès aux services fragilisé** : 57 % de jeunes n'obtiennent pas les services dans les délais.
- **Enjeux chez les adultes et personnes âgées** : plus de 2 500 ménages sur les listes de requérants de logements sociaux ou communautaires, augmentation de 55 % depuis 2021 des demandes d'aide alimentaire, 9 communautés sur 36 dont le revenu familial annuel médian après impôt est inférieur ou égal à 42 000 \$.
- **Itinérance** : augmentation de plus de 55 % des personnes en situation d'itinérance visible (de 2018 à 2025).

## Synthèse du diagnostic (phase 2)

D'abord, le RLS de Sherbrooke fait face à des défis de vision commune intersectorielle et de coordination inter-organisations, notamment en raison de la variabilité importante entre les communautés au niveau des facteurs de vulnérabilité, et pour la réponse adaptée aux besoins du territoire. De plus, une multitude de services locaux et régionaux sont présents sur le territoire, ce qui apporte une complexité (plus de 430 organismes communautaires et municipaux, à portée locale ou régionale, et environ 30 instances de concertations et comités intersectoriels dans lesquels le CIUSSS de l'Estrie – CHUS est impliqué).

Ensuite, des défis d'accès et de coordination territoriale sont observés pour les services destinés aux jeunes de 0 à 15 ans ainsi qu'à la transition vers la vie adulte (15-30 ans), incluant les étudiants. Ces enjeux concernent notamment les saines habitudes de vie, la santé mentale, la polarisation et la violence, ainsi que la prise en charge de situations présentant des problématiques complexes ou des comorbidités.

Le RLS fait également face à des défis d'accès au logement abordable et sécuritaire, d'insécurité alimentaire et d'itinérance, et à des enjeux d'accès aux services pour la population immigrante.

Enfin, la croissance anticipée de la population âgée laisse prévoir une augmentation de l'isolement.

## Offre de service – Initiatives structurantes d'adaptation des services (phase 3)

La présente section dresse une synthèse des principales initiatives, en mettant en évidence les actions significatives et récentes qui contribuent à l'adaptation de nos services, qui nous distinguent en Estrie et dont les résultats visés ou obtenus témoignent d'une adaptation de nos services aux besoins de la population. Les programmes provinciaux sont exclus de cette liste.

Nom de l'initiative	Résultat visé/obtenu
Comité de prévention éviction de logement	Intervenant dédié au CLSC en lien direct avec un propriétaire d'immeubles locatifs pour offrir des services (éviter les expulsions).
PRISM	Milieu de vie résidentiel avec services en santé mentale (incluant psychiatrie) qui vise la réaffiliation de personnes en situation d'itinérance.
Service de nutrition première ligne	Service d'une nutritionniste pour les intervenants et les jeunes et leur famille vivant des enjeux au point de vue des comportements alimentaires.
L'accueil Quartier Larocque	Une intervenante sociale offre des services AAOR dans un local de quartier (OMH) et fait la liaison avec les services du CIUSSS et des partenaires du milieu ( <i>reaching out</i> ).
REMPART	Évaluation mentale à domicile pour des personnes isolées ou ayant un profil avec perturbation mentale importante (éviter l'hospitalisation).

## Thématiques prioritaires du RLS (phase 6)

Les éléments présentés dans cette section correspondent à des thématiques prioritaires issues de l'analyse des besoins populationnels. Il s'agit d'orientations stratégiques, et non d'actions ciblées, lesquelles seront précisées dans une phase ultérieure.

Non présentées en ordre de priorité.

### 1. Améliorer et renforcer la coordination des services à l'échelle du RLS.

- **Description** : Développer une vision commune intersectorielle : mieux se coordonner afin d'offrir des services complémentaires et mieux adaptés aux différentes communautés vulnérables (incluant les services CIUSSS).
- **Population ciblée** : Principalement les 10 communautés les plus vulnérables de Sherbrooke.
- **Secteurs concernés** : Partenaires intersectoriels (municipal, scolaire, communautaire) et l'ensemble des directions de l'établissement.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

## *2. Adapter les services aux besoins des populations immigrantes.*

- **Description** : Adapter les services aux différentes trajectoires migratoires (personnes réfugiées, personnes résidentes permanentes, citoyens, etc.) afin de mieux répondre à la diversité et à la mixité interculturelle dans l'ensemble des services, en collaboration avec les organismes communautaires et les partenaires, notamment du milieu de l'éducation.
- **Population ciblée** : Population issue de l'immigration à Sherbrooke.
- **Secteurs concernés** : Partenaires intersectoriels et l'ensemble des directions de l'établissement.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

## *3. Meilleure coordination des services pour les jeunes (0–12 ans et 15–30 ans).*

- **Description** : Améliorer l'accès aux services et agir sur le manque de continuité entre les offres existantes et la fragmentation des services. Agir collectivement sur les enjeux de santé mentale, de polarisation et de violence chez les jeunes.
- **Population ciblée** : Jeunes et leur famille, communauté étudiante, personnes au début de l'âge adulte.
- **Secteurs concernés** : Partenaires intersectoriels et l'ensemble des directions de l'établissement.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

## **Implication sur certaines thématiques à titre de partenaires**

---

La présente section regroupe des thématiques pour lesquelles nous intervenons à titre de partenaire, sans en être les porteurs principaux, mais dont l'importance est ressortie de façon récurrente à la fois dans les échanges (internes et partenaires) et dans les analyses sociodémographiques, justifiant leur intégration au plan.

### *1. Accès au logement et maintien en logement.*

- **Description** : Renforcer la coordination des interventions entre les partenaires afin de prévenir les expulsions, de développer le soutien communautaire et le logement social, tout en limitant les enjeux de salubrité et leurs impacts sur la santé publique.
- **Population ciblée** : Population vulnérable de Sherbrooke.
- **Secteurs concernés** : Partenaires intersectoriels et l'ensemble des directions de l'établissement.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

# RLS du Val-Saint-François

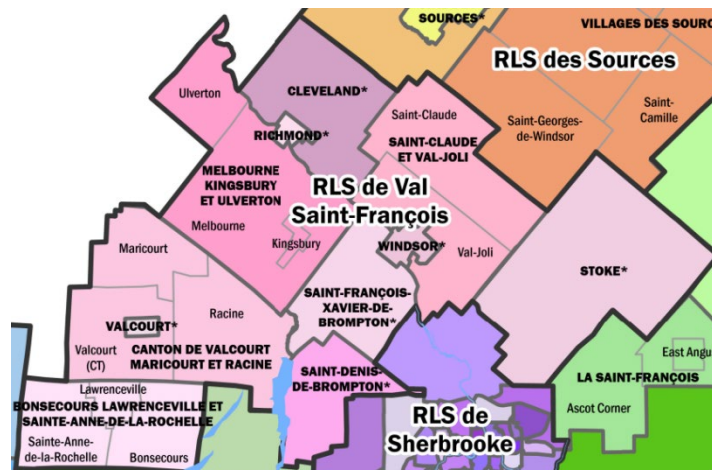


## Portrait sociodémographique du RLS (phase 2)

Le territoire semi-rural du Val-Saint-François compte actuellement 33 635 habitants et vit un vieillissement soutenu de sa population. Historiquement, l'offre de services de santé s'est structurée autour de trois pôles situés dans les communautés les plus peuplées.

### Vulnérabilités

- **Enjeux chez la population globale** : défis liés aux habitudes de vie, à la santé mentale et à la santé au travail; forte défavorisation matérielle et sociale dans trois communautés; enjeux de mobilité et de transport pour l'accès aux services, dans un contexte où la croissance démographique se concentre davantage dans deux communautés situées hors des trois pôles localisés dans les communautés les plus peuplées.
- **Accès aux services fragilisé** : délais de prise en charge pour un premier service, couverture populationnelle des services destinés aux jeunes de 5 à 18 ans problématique.



### Facteurs de protection

- Accessibilité géographique aux services généralement adéquate.
- Emploi : la population du RLS se positionne de manière avantageuse par rapport à l'Estrie et au Québec.
- Logement : la population du RLS se positionne de manière avantageuse par rapport à l'Estrie et au Québec.
- Accès à un médecin de famille : la population du RLS se positionne de manière avantageuse par rapport à l'Estrie et au Québec.
- Autres déterminants de la santé : la population du RLS se positionne dans la moyenne par rapport à l'Estrie et au Québec.

## Synthèse du diagnostic (phase 2)

À l'issue du diagnostic populationnel, cinq constats se sont démarqués. Ceux-ci ont fait l'objet d'échanges avec les gestionnaires et les médecins lors de l'atelier de concertation par RLS de février.

D'abord, l'accessibilité aux services jeunesse est inférieure à la moyenne des RLS semi-ruraux, dans un contexte où l'on observe déjà, dès le secondaire, une présence accrue de mauvaises habitudes de vie.

Ensuite, chez les adultes, l'alimentation est peu favorable et certains services de première ligne en dépendance et en tabagisme rejoignent peu la population.

De plus, le RLS présente une prévalence plus élevée de problématiques de santé mentale chez les adultes et les personnes âgées, combinée à une accessibilité plus faible aux services de première ligne en santé mentale.

En ce qui a trait au vieillissement en santé de la population, une hausse projetée de 42 % des 75 ans et plus d'ici 2036 s'accompagne de défis importants, alors que l'accessibilité aux services de soutien à domicile pour certains professionnels est inférieure ou égale à 50 %.

Enfin, une révision de la répartition des services au sein du RLS représente un levier pour atténuer les enjeux de transport, notamment à proximité des communautés les plus vulnérables.

## Offre de service – Initiatives structurantes d'adaptation des services (phase 3)

La présente section dresse une synthèse des principales initiatives, en mettant en évidence les actions significatives et récentes qui contribuent à l'adaptation de nos services, qui nous distinguent en Estrie et dont les résultats visés ou obtenus témoignent d'une adaptation de nos services aux besoins de la population. Les programmes provinciaux sont exclus de cette liste.

Nom de l'initiative	Résultat visé/obtenu
<b>Naviguer le système de santé</b>	Promouvoir l'offre de services spécifique aux personnes âgées par une présentation autoportante s'adressant aux personnes âgées du RLS.
<b>Accès adapté en proximité à des services préventifs à la clientèle sans médecin de famille</b>	Accès facilité par le site Clic Santé à des rendez-vous avec différents professionnels, sauf auprès d'un médecin de famille.

## Thématiques prioritaires du RLS (phase 6)

Les éléments présentés dans cette section correspondent à des thématiques prioritaires issues de l'analyse des besoins populationnels. Il s'agit d'orientations stratégiques, et non d'actions ciblées, lesquelles seront précisées dans une phase ultérieure.

*Non présentées en ordre de priorité*

### **1. Améliorer l'accès et l'adéquation des services jeunesse pour soutenir des trajectoires de développement favorables.**

- **Description** : Près d'un enfant sur trois à la maternelle 5 ans présente une vulnérabilité dans au moins un des domaines de développement mesurés. Par ailleurs, dès le niveau secondaire, les habitudes de vie néfastes et les comportements de dépendance sont plus fréquents qu'ailleurs au Québec. Enfin, l'accessibilité aux services destinés aux jeunes demeure limitée, alors qu'à peine un service sur deux est offert dans les délais prescrits.
- **Population ciblée** : Principalement les jeunes vulnérables 0-5 ans et ceux du secondaire.
- **Secteurs concernés** : Direction du programme jeunesse, Direction de santé publique, centre de services scolaires, centres de la petite enfance, organismes communautaires à la petite enfance, maisons de jeunes, municipalités.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

## *2. Consolider les saines habitudes de vie chez les adultes.*

- **Description** : La saine alimentation est moins favorable dans ce RLS semi-rural, et ce, même si le coût du panier nutritif se situe dans la moyenne régionale. Par ailleurs, les maladies des appareils circulatoire et respiratoire y sont plus fréquentes qu'ailleurs au Québec. Une adhésion accrue aux saines habitudes de vie chez les adultes représente ainsi un levier pour réduire le risque de maladies et en atténuer les conséquences.
- **Population ciblée** : Adultes 18-75 ans.
- **Secteurs concernés** : Direction des services généraux, Direction de santé publique, municipalités, organismes communautaires, milieu économique.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

## *3. Favoriser une saine santé mentale chez l'adulte et l'aîné.*

- **Description** : Le RLS présente une prévalence plus élevée de troubles de santé mentale que l'Estrie, touchant plus d'un adulte sur dix. Par ailleurs, l'accès dans les délais aux intervenants psychosociaux et aux suivis d'intensité variable demeure plus limité.
- **Population ciblée** : Adultes.
- **Secteurs concernés** : Direction des services généraux, accueil psychosocial, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, organismes de la communauté en santé mentale, la Santé au travail, milieu économique.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

## *4. Structurer des points de services forts pour favoriser une équité territoriale entre les services offerts dans les trois points de services du CLSC.*

- **Description** : Les services de première ligne sont principalement concentrés dans trois points de service, ce qui ouvre une opportunité stratégique de revoir l'organisation de l'offre. Cette démarche pourrait permettre de mieux adapter l'accès à certains services en fonction des réalités et des besoins des communautés en situation de défavorisation.
- **Population ciblée** : Population du RLS.
- **Secteurs concernés** : Toutes les directions cliniques de première ligne, les municipalités, les organismes communautaires, le transport collectif et adapté.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

## Implication sur certaines thématiques à titre de partenaires

---

La présente section regroupe des thématiques pour lesquelles nous intervenons à titre de partenaire, sans en être les porteurs principaux, mais dont l'importance est ressortie de façon récurrente à la fois dans les échanges (internes et partenaires) et dans les analyses sociodémographiques, justifiant leur intégration au plan.

### *1. Vieillesse en santé de la population*

- **Description** : La défavorisation et les situations de vulnérabilité présentent dans le RLS se prolongent après la vie active, notamment une précarité financière, de l'isolement social, des enjeux de mobilité, de l'insécurité alimentaire et une faible littératie. Ces facteurs combinés contribuent à altérer durablement la qualité de vie des personnes concernées.
- **Population ciblée** : Population aînée.
- **Secteurs concernés** : Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, Direction de santé publique, municipalités, table de concertation des aînés (table citoyenne), Centre d'action bénévole, entreprise d'économie sociale, groupes de médecine de famille (GMF), pharmacies communautaires.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

# RLS des Sources

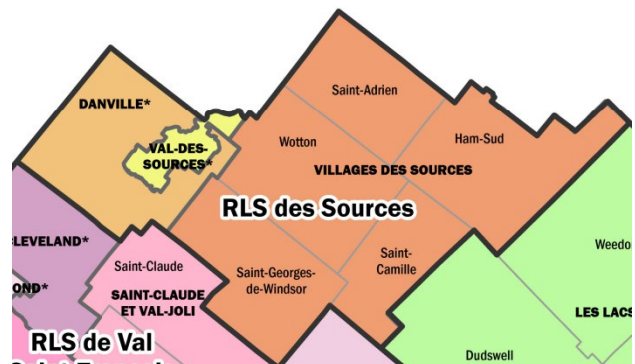


## Portrait sociodémographique du RLS (phase 2)

La population totale du RLS des Sources est de 15 206 habitants.

### Vulnérabilités

- **Petite enfance (0–5 ans) :** 43,4 % des enfants de maternelle 5 ans présentent une vulnérabilité dans au moins l'un des 5 domaines mesurés par l'enquête, dans un contexte périnatal et familial défavorisé : faible poids à la naissance (6,4 %), mères jeunes ou moins scolarisées, signalements retenus élevés (31,9 /1000 personnes), couverture vaccinale complète à deux ans insuffisante (62,6 %) et nombreuses familles monoparentales (27,7 %).
- **Forts enjeux chez les jeunes 12-17 ans :** risque élevé de décrochage scolaire (36,9 %) et diplomation plus faible que l'Estrie (73,6 %), détresse psychologique marquée (38,5 %, prévalence de TDAH et anxiété) et santé sexuelle préoccupante, avec une hausse de la violence sexuelle (14,7 %) et une prévention sexuelle (utilisation du condom, contraception hormonale) sous la moyenne régionale.
- **Enjeux majeurs chez les adultes et personnes âgées :** forte précarité économique (27,2 % sans emploi), conditions de travail difficiles (taux d'incidence élevé des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CNESST) et évolution à la hausse du vieillissement de la population d'ici 2031, marqué par l'isolement des personnes âgées et un manque de logements adaptés, ce qui peut accentuer la pression sur les services.
- **Accès aux services fragilisé :** affaiblissement de la première ligne, nombreuses personnes en attente au Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), barrières d'accès importantes (transport, littératie, outils numériques) et organisation centralisée limitant l'équité et la proximité.



### Facteurs de protection

- Un sentiment d'appartenance élevé.
- Une participation accrue des personnes âgées.
- L'abordabilité du logement.
- Une amélioration du bien-être psychologique des adultes.
- Une forte diplomation professionnelle.

## Synthèse du diagnostic (phase 2)

Les besoins réels des populations excèdent largement les demandes exprimées, particulièrement en santé mentale, où de nombreuses situations demeurent invisibles aux données actuelles. La santé est souvent reléguée au second plan, concurrencée par les enjeux liés aux conditions de vie, aux contraintes financières et aux responsabilités familiales, ce qui entraîne un recours tardif aux services et une complexification des situations. Cette vulnérabilité est accentuée par la diminution des intervenants de proximité, ce qui limite la capacité d'agir en prévention et d'intervenir précocement.

Dans ce contexte, les jeunes et les personnes âgées présentent des risques accrus : difficultés développementales et familiales chez les premiers, isolement, précarité et perte d'autonomie chez les seconds. Ces enjeux s'inscrivent fréquemment dans des dynamiques familiales intergénérationnelles, où la transmission des vulnérabilités et une méfiance persistante envers les services compromettent l'intervention précoce et la réponse adaptée aux besoins.

## Offre de service – Initiatives structurantes d'adaptation des services (phase 3)

La présente section dresse une synthèse des principales initiatives, en mettant en évidence les actions significatives et récentes qui contribuent à l'adaptation de nos services, qui nous distinguent en Estrie et dont les résultats visés ou obtenus témoignent d'une adaptation de nos services aux besoins de la population. Les programmes provinciaux sont exclus de cette liste.

Nom de l'initiative	Résultat visé/obtenu
Création d'une table santé mentale	Favoriser la collaboration entre les acteurs du territoire pour améliorer l'accès aux services et la qualité des interventions en santé mentale.
Clinique jeunesse	Optimisation de l'offre de services du dépistage et de la santé sexuelle.

## Thématiques prioritaires du RLS (phase 6)

Les éléments présentés dans cette section correspondent à des thématiques prioritaires issues de l'analyse des besoins populationnels. Il s'agit d'orientations stratégiques, et non d'actions ciblées, lesquelles seront précisées dans une phase ultérieure.

Non présentées en ordre de priorité.

### 1. *Créer des relations durables de proximité avec les personnes et les familles et renforcer la collaboration entre le réseau et le milieu.*

- **Description** : Renforcer l'ancrage territorial des services afin de réduire l'écart entre l'offre et l'accès réel, c'est-à-dire de rejoindre les personnes et les familles les plus vulnérables, qui utilisent peu ou pas les services, et consolider les actions de prévention par la proximité, dans une perspective de maintien du lien de confiance et d'amélioration de l'accessibilité et de l'équité des services.
- **Population ciblée** : Clientèles vulnérables : jeunesse, personnes âgées et clientèle santé mentale.
- **Secteurs concernés** : Direction du programme jeunesse, Direction du soutien à domicile et des services spécialisées en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, Direction des services généraux, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Direction de santé publique, partenaires communautaires.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

**2. *Décloisonner les services et simplifier l'accès, en renforçant la collaboration interdirectionnelle et les mécanismes d'orientation clairs.***

- **Description :** Simplifier l'accès aux services en recentrant l'action sur les besoins réels, souvent non exprimés, de la population du RLS des Sources afin de réduire la complexité des parcours et l'abandon des démarches. Cette orientation vise à assurer des réponses cohérentes aux situations complexes, familiales et multisectorielles, dans un contexte marqué par la vulnérabilité sociale, la faible littératie, l'isolement et les enjeux de transport, en s'appuyant sur une collaboration interdirectionnelle.
- **Population ciblée :** Population du RLS.
- **Secteurs concernés :** Direction des services généraux, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Direction du soutien à domicile et des services spécialisées en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, Direction du programme jeunesse.
- **Responsable(s) désigné(s) :** À venir.
- **Échéancier :** À venir.
- **Critères de succès :** À venir.

**3. *Renforcer l'éducation à la santé et adapter les interventions à la littératie et aux réalités de la population.***

- **Description :** Améliorer la compréhension, l'adhésion et l'implication des personnes et des familles afin que les services soient réellement accessibles et utilisés. Cela passe par la réduction des impacts liés à la faible littératie, la prise en compte des inégalités d'accès associées à l'utilisation variable des outils numériques, ainsi que par une meilleure adaptation aux priorités de vie concurrentes.
- **Population ciblée :** Toutes les clientèles, mais plus particulièrement les clientèles vulnérables : jeunesse, personnes âgées.
- **Secteurs concernés :** Direction du programme jeunesse, Direction du soutien à domicile et des services spécialisées en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, Direction des services généraux, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Direction de santé publique, partenaires communautaires.
- **Responsable(s) désigné(s) :** À venir.
- **Échéancier :** À venir.
- **Critères de succès :** À venir.

# RLS du Haut-Saint-François



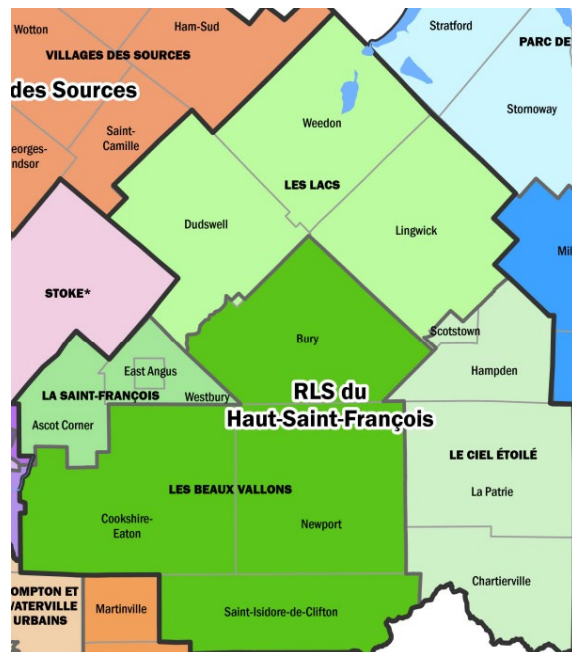
## Portrait sociodémographique du RLS (phase 2)

Le territoire semi-rural du Haut-Saint-François compte 23 953 habitants.

### Vulnérabilités

Le RLS est marqué par une défavorisation matérielle et sociale importante touchant la majorité de ses municipalités. Dans un contexte de vieillissement de la population, plusieurs déterminants de la santé y sont moins favorables comparativement à l'Estrie et au Québec :

- Le revenu
- L'éducation.
- La sécurité alimentaire.
- Le développement du jeune enfant.
- Le logement (partiellement).



### Facteurs de protection

- Accès à un médecin de famille : le RLS se démarque positivement par rapport à l'Estrie, bien que cette situation demeure fragile, notamment en raison du départ d'effectifs médicaux en 2026.
- Proportion plus faible de personnes vivant avec trois maladies chroniques ou plus comparativement au Québec.
- Prévalence moindre de problématiques de santé mentale.
- Taux d'hospitalisations évitables favorable, sans augmentation observée en matière de tumeurs ou de mortalité.
- Portrait d'accessibilité géographique favorable.
- La plupart des délais d'attente à un premier service ainsi que la couverture populationnelle de ces services est supérieure à la moyenne estrienne.

## Synthèse du diagnostic (phase 2)

À la suite du diagnostic populationnel, cinq constats majeurs ont émergé. Ceux-ci ont fait l'objet de réflexions avec les gestionnaires de la santé et les partenaires impliqués dans la démarche. D'abord, malgré la défavorisation et les vulnérabilités plus présentes à la maternelle, l'accès aux services 0-17 ans, aux intervenants psychosociaux et la couverture populationnelle des services de santé publique demeurent inférieures à la moyenne estrienne.

Ensuite, une importance doit être accordée à la consolidation des saines habitudes de vie chez les adultes puisque cela est un levier d'amélioration de la santé populationnelle dans un contexte de déterminants sociaux moins favorables.

De plus, la santé mentale doit être favorisée chez les adultes et les personnes âgées pour soutenir une résilience non seulement individuelle, mais aussi collective.

Dans un contexte de pression démographique croissante, l'offre de services actuelle est appelée à être davantage sollicitée. Une réponse plus précoce axée sur les besoins émergents représente un levier stratégique pour mieux soutenir cette évolution.

Enfin, un besoin d'adapter les soins et services de proximité pour améliorer l'équité territoriale est observé.

## Offre de service – Initiatives structurantes d'adaptation des services (phase 3)

La présente section dresse une synthèse des principales initiatives, en mettant en évidence les actions significatives et récentes qui contribuent à l'adaptation de nos services, qui nous distinguent en Estrie et dont les résultats visés ou obtenus témoignent d'une adaptation de nos services aux besoins de la population. Les programmes provinciaux sont exclus de cette liste.

Nom de l'initiative	Résultat visé/obtenu
Relocalisation d'un point de service CLSC (en cours)	Mobilisation de la communauté via un partenariat avec la municipalité pour le maintien des services dans la communauté.
Adaptation d'une offre de services aux personnes âgées (centre de jour)	Révision d'une offre de services à venir à la suite d'une consultation élargie auprès de partenaires pour forer davantage les besoins exprimés des personnes âgées. Cela tiendra compte de l'enjeu récurrent du transport adapté qui est une contrainte constante.

## Thématiques prioritaires du RLS (phase 6)

Les éléments présentés dans cette section correspondent à des thématiques prioritaires issues de l'analyse des besoins populationnels. Il s'agit d'orientations stratégiques, et non d'actions ciblées, lesquelles seront précisées dans une phase ultérieure.

*Non présentées en ordre de priorité.*

### *1. Favoriser les soins et services de proximité auprès des communautés défavorisées.*

- **Description** : Poursuite d'une initiative d'adaptation en cours : relocalisation du point de service CLSC de La Patrie d'un locateur privé vers un lieu appartenant à la municipalité auprès d'une population ayant une forte défavorisation.
- **Population ciblée** : Population de la communauté locale du Ciel étoilé ainsi que des municipalités limitrophes de Newport et de Notre-Dame-des Bois (RLS du Granit).
- **Secteurs concernés** : Mairie de La Patrie et personnel municipal, GMF du Haut-Saint-François, Direction des services généraux, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, Direction du programme jeunesse, Direction de la protection de la jeunesse, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Direction des ressources financières, firmes externes.
- **Responsable(s) désigné(s)** : Direction des services techniques du CIUSSSE de l'Estrie – CHUS et cogestionnaires médicaux et clinico-administratifs.
- **Échéancier** : Juin 2027.

- **Critères de succès :**
  - Final : déménagement dans des locaux mieux adaptés aux activités de première ligne pour juin 2027.
  - Consensus de la population que l'éventuel aménagement sera mieux que le CLSC actuel.
  - Intermédiaire :
    - Respect des échéanciers intermédiaires des étapes charnières.
    - 100 % des travaux d'amélioration au bâtiment réalisés en 2026.

## ***2. Favoriser les soins et services de proximité (jeunes, adultes, santé mentale).***

- **Description :** Réfléchir l'offre de services par point de service CLSC en privilégiant celui le plus près de la communauté locale de résidence des citoyens, et ce, dans des locaux davantage accessibles ou adaptés à l'intervention.
- **Population ciblée :** Population du RLS.
- **Secteurs concernés :** Direction du programme jeunesse, Direction des services généraux, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Direction du soutien à domicile, des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, Direction de santé publique, partenaires communautaires pressentis : corporation de développement communautaire, organismes communautaires, préfet, municipalités, observatoire estrien du développement des communautés, le propriétaire de la bâtisse du CLSC de Cookshire, la Fondation des CLSC et des CHSLD du Haut-Saint-François et la Quincaillerie Rona Prévost.
- **Responsable(s) désigné(s) :** À venir.
- **Échéancier :** À venir.
- **Critères de succès :** À venir.

## ***3. Vieillesse en santé de la population.***

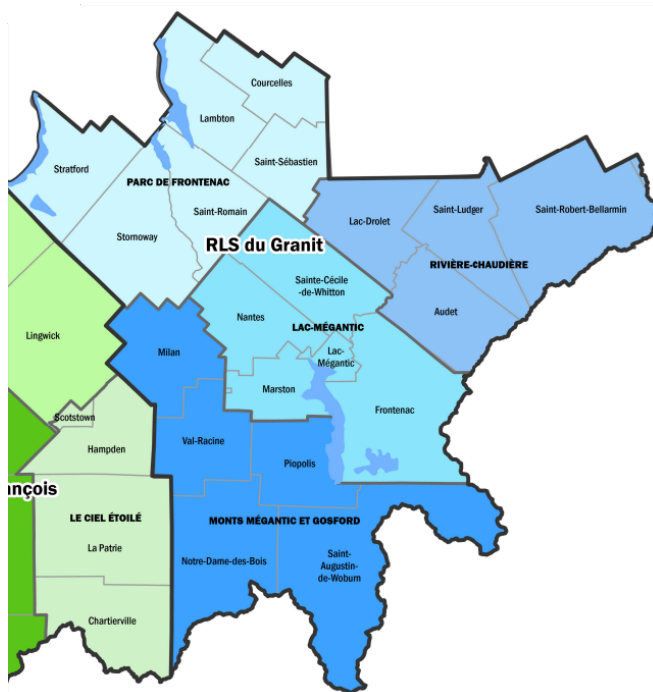
- **Description :** Assurer des soins et services en temps opportun afin de faire une différence dans l'état de santé pour diminuer les issues négatives qui peuvent être évitables. Un premier levier serait en lien avec l'offre de services du Centre de jour dans une visée d'équité territoriale et aussi de couverture populationnelle des aînés du RLS.
- **Population ciblée :** Personnes aînées avec une perte d'autonomie faible à moyenne.
- **Secteurs concernés :** Direction du soutien à domicile, des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme, partenaires communautaires pressentis : centre d'action bénévole, entreprise d'économie sociale, service d'aide domestique du Haut-Saint-François.
- **Responsable(s) désigné(s) :** À venir.
- **Échéancier :** Printemps 2028.
- **Critères de succès :** À venir.

# RLS du Granit



## Portrait sociodémographique du RLS (phase 2)

La population du RLS du Granit est majoritairement rurale et compte 22 680 habitants, soit 4,3 % de la population estrienne. L'âge médian du territoire est plus élevé que la moyenne de l'Estrie, soit 52 ans comparativement à 46 ans, et le vieillissement de la population est accéléré : les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 27 % de la population, soit 5 991 personnes; projection 36 % en 2031, soit 8 021 personnes.



### Vulnérabilités

- **Petite enfance (0-5 ans) :** 34,9 % des enfants de maternelle 5 ans présentent de la vulnérabilité dans au moins l'un des cinq domaines mesurés (plus élevé comparativement au Québec : 28,7 %; et en hausse comparativement à l'édition précédente : 24,2 %).
- **Enjeux chez les adultes et les personnes âgées :** faible scolarité chez les adultes : 40 % des adultes (25–64 ans) ont un DES ou moins (comparativement à 30 % en Estrie); concernant les habitudes de vie et les risques populationnels (prévention ciblée), seulement un adulte sur cinq atteint cinq portions et plus de fruits et légumes par jour (inférieur à l'Estrie : 27,3 % et baisse significative depuis 2018); la proportion d'adultes ayant une maladie chronique ou plus est plus élevée qu'en Estrie : 37,5 % comparativement à 32,9 %.
- **Santé mentale :** détresse psychologique élevée, mais diminution significative (27,3 % à 18,7 % chez les adultes).

### Facteurs de protection

- Population résiliente.
- Forte favorisation sociale.
- Grande capacité du GMF (17 médecins et 3 IPS).
- *Living lab* en place depuis 18 mois : consultations menées auprès de la population afin d'identifier ses besoins.
- Table des partenaires engagée en place depuis 20 ans.

## Synthèse du diagnostic (phase 2)

D'abord, plusieurs communautés présentent un risque élevé d'insécurité alimentaire. Par ailleurs, une proportion importante de la population ne respecte pas les recommandations en matière de saines habitudes de vie, bien que ce taux soit inférieur à celui observé en Estrie (58,6 % comparativement à 64,9 %).

Ensuite, les taux d'hospitalisation de courte durée pour des soins physiques sont également plus élevés que ceux de l'Estrie et du Québec pour plusieurs catégories de maladies chroniques. On observe aussi un volume important de visites à l'urgence pour des motifs évitables, tels que des examens de contrôle, des certificats médicaux ou des billets de travail.

Enfin, les adultes de 25 à 64 ans constituent un groupe moins bien desservi, pour lequel un important « trou de services » est constaté, malgré leur rôle central dans plusieurs dynamiques, notamment comme parents, proches aidants et futures personnes âgées, et les nombreux enjeux qu'ils présentent en lien avec les maladies chroniques, les habitudes de vie et le stress.

## Offre de service – Initiatives structurantes d'adaptation des services (phase 3)

La présente section dresse une synthèse des principales initiatives, en mettant en évidence les actions significatives et récentes qui contribuent à l'adaptation de nos services, qui nous distinguent en Estrie et dont les résultats visés ou obtenus témoignent d'une adaptation de nos services aux besoins de la population. Les programmes provinciaux sont exclus de cette liste.

Nom de l'initiative	Résultat visé/obtenu
<b>Living lab santé globale par la MRC du Granit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre les besoins des utilisateurs.</li> <li>• Identifier les points de douleur et les irritants.</li> <li>• Mobiliser les parties prenantes.</li> </ul>
<b>Certification de toutes les municipalités de la MRC comme amies des aînés (MADA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter l'environnement (bâti et social) pour aider les personnes âgées à rester actives, en sécurité et en bonne santé.</li> </ul>
<b>Gériatrie sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer le bien-être des personnes âgées en favorisant l'autonomie et l'inclusion sociale par le développement d'un réseau de soutien multidisciplinaire.</li> <li>• Encourager l'innovation dans les pratiques de soins et d'accompagnement.</li> </ul>
<b>Vigie Santé Granit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'information, la communication et la promotion de la santé.</li> <li>• Mobiliser les partenaires face aux enjeux de pénurie de personnel infirmier.</li> </ul>

## Thématiques prioritaires du RLS (phase 6)

---

Les éléments présentés dans cette section correspondent à des thématiques prioritaires issues de l'analyse des besoins populationnels. Il s'agit d'orientations stratégiques, et non d'actions ciblées, lesquelles seront précisées dans une phase ultérieure.

Non présentées en ordre de priorité.

### 1. Promouvoir les saines habitudes de vie afin de prévenir les maladies chroniques.

- **Description** : Développer une offre structurée et accessible pour la clientèle adulte avec une approche « Aller-vers/reaching out » afin de promouvoir les bonnes habitudes de vie.
- **Population ciblée** : Les adultes (25-64 ans) pour qui un « trou de services » important est observé.
- **Secteurs concernés** : Direction des services généraux, Direction de santé publique, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Direction médicale et des services professionnels.
- **Responsable(s) désigné(s)** : À venir.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** : À venir.

### 2. Le modèle de proximité territoriale

- **Description** : Dans un contexte de rareté et de précarité de la main-d'œuvre, combiné à l'évolution des besoins de la population du RLS du Granit et le développement de services, le mandat vise une transformation structurante et durable de l'offre de soins et de services. Il consiste à repositionner l'offre à partir des besoins populationnels réels, incluant les besoins non exprimés, en cohérence avec la capacité actuelle et projetée en ressources humaines, afin de réduire la variabilité, la dépendance aux mesures de contingence et d'assurer une offre plus stable et prévisible.
- **Population ciblée** : Population du RLS.
- **Secteurs concernés** : L'ensemble des secteurs contribuant à l'offre de soins et de services du RLS du Granit.
- **Responsable(s) désigné(s)** : Direction des services généraux, Direction de la fluidité et des unités hospitalières.
- **Échéancier** : À venir.
- **Critères de succès** :
  - Une offre de services priorisée à partir des besoins populationnels.
  - Une offre cohérente avec la capacité organisationnelle réelle.
  - La réduction de la variabilité et de la dépendance aux mesures de contingence.
  - La stabilisation d'une portion significative de l'offre de services (cible indicative d'environ 80 %, appelée à être révisée à la lumière du diagnostic).

## Validation, suivi et diffusion (phase 7)

### Validation

---

La démarche a été réalisée avec le soutien étroit de la Direction de santé publique, notamment à travers l'apport des agents de planification, de programmation et de recherche (APPR) de l'équipe de surveillance. Des réflexions ont également été amorcées afin de créer une cellule constituée d'un médecin-conseil, d'un APPR et des coordonnateurs opérationnels locaux (COL). Cette réflexion témoigne de la volonté de structurer, à terme, un espace de dialogue et d'analyse soutenant l'arrimage entre les perspectives populationnelles, cliniques et territoriales.

Avant sa présentation au Comité de gouvernance de proximité du Conseil d'administration d'établissement, le présent document a fait l'objet d'une validation institutionnelle rigoureuse notamment par :

- La Direction générale.
- Les directions de première ligne de notre établissement :
  - La Direction de santé publique.
  - La Direction des services généraux.
  - La Direction du programme jeunesse.
  - La Direction des programmes santé mentale et dépendance.
  - La Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme.
- L'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux.

### Forces, limites et suivi

---

La démarche réalisée constitue une étape structurante dans l'évolution de la gouvernance de proximité de l'établissement. L'un des principaux acquis de la démarche réside dans la capacité collective développée pour lire et interpréter les besoins populationnels à l'échelle locale, en s'appuyant également sur la lecture des partenaires locaux. Les limites rencontrées ne remettent pas en cause la validité des constats, mais révèlent plutôt des défis systémiques propres à la concertation intersectorielle. Les participants ont notamment mis en évidence :

- La difficulté de concilier les exigences organisationnelles avec le temps nécessaire à une réelle co-construction partenariale.
- L'impact d'un calendrier resserré sur la qualité et le moment de la mobilisation des partenaires.
- Une appropriation variable de la démarche, selon les territoires et la maturité des dynamiques partenariales existantes.

Ces constats renvoient à des défis organisationnels bien documentés lorsqu'une telle démarche de concertation avec les communautés est amorcée. Les rythmes de planification et les priorités des différents acteurs ne sont pas toujours parfaitement concordants. Néanmoins, l'objectif demeure de progresser vers un partenariat réel et structuré; à cet égard, les premiers jalons posés sous la gouverne de Santé Québec s'enrichissent de cette démarche consultative, qui constitue une base essentielle pour renforcer la collaboration à venir.

## Plan d'action de l'Estrie – Indicateur 12

Un cycle de suivi des engagements sera mis en place dans une phase subséquente afin d'assurer le suivi structuré des actions, d'en mesurer l'avancement et d'ajuster les priorités au besoin, dans une logique d'amélioration continue et de redevabilité.

### **Diffusion**

---

Une diffusion interne et externe de la démarche et de ses retombées est prévue afin d'en assurer l'appropriation par les parties prenantes et de soutenir la mobilisation autour des priorités retenues. Les modalités de diffusion, incluant les canaux et le calendrier, seront précisées dans une phase ultérieure, en cohérence avec l'évolution de la démarche et des travaux.

## Conclusion

Les travaux réalisés dans le cadre de l'indicateur 12 démontrent la capacité de l'établissement à structurer une approche de responsabilité populationnelle ancrée dans les territoires et soutenue par une gouvernance de proximité. Cette démarche s'inscrit pleinement dans les orientations gouvernementales de première ligne et confirme la pertinence d'une action territorialisée pour adapter l'offre de soins et de services aux besoins de la population.

Les leviers désormais en place – notamment la mobilisation des RLS, le rôle des coordonnateurs opérationnels locaux et le développement de la gouvernance intersectorielle – constituent une base solide pour soutenir l'ajustement continu de l'offre. Les prochaines étapes viseront à consolider ces acquis, à renforcer la capacité d'action des acteurs territoriaux et à déployer progressivement les orientations retenues.

L'indicateur 12 s'affirme ainsi comme un levier structurant pour la transformation de la première ligne, en appui à une gouvernance plus décentralisée, cohérente et ancrée dans les réalités locales.



**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke**

**Québec** 



## Ordre du jour – rencontre régulière

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)  
du CIUSSS de l’Estrie – CHUS

Le 6 mai 2026, de 13 h à 15 h  
Réunion Microsoft Teams

Horaire	Sujets	Doc J ou SP
13 h 00	<b>1. Ouverture de la séance et constatation des présences</b> <i>Responsable : André Forest</i>	
13 h 00	<b>2. Lecture et adoption de l’ordre du jour</b> <i>Responsable : André Forest</i>	Doc J
13 h 00 (5 min)	<b>3. Adoption du compte rendu de la réunion du 25 février 2026 et suivis en découlant</b> <i>Responsable : André Forest</i>	Doc J
13 h 05 (5 min)	<b>4. Bref suivi du Comité national de vigilance et de la qualité (CNVQ) du 25 mars 2026</b> <i>Responsables : Jocelyne Faucher et Frédéric Grondin</i>	
13 h 10 (15 min)	<b>5. Rapports annuels</b> <b>5.1</b> Rapport annuel DQEPP (expérience usager et proche aidance) <i>Invité : Jean-Guillaume Marquis</i>	Doc J
(15 min)	<b>5.2</b> Rapport annuel CECO ( <i>dépôt du document seulement</i> )	Doc J
	<b>5.3</b> Rapport annuel des incidents/accidents 2024-2025 <i>Responsable : Frédéric Grondin</i>	Doc J
13 h 40 (15 min)	<b>6. Rapports d’instances externes</b> <b>6.1</b> Protecteur du citoyen <i>Responsable : Frédéric Grondin</i>	
13 h 55 (10 min)	<b>7. Vigie sur l’accessibilité au CVQ et modulation des soins et services</b> <i>Responsable : Stéphane Tremblay</i>	

<b>14 h 05</b> (10 min)	<b>8. Dossier jeunesse</b> <b>8.1.</b> Continuum jeunesse <i>Responsable : Stéphane Tremblay</i>	
<b>14 h 15</b> (15 min)	<b>9. Commissaire aux plaintes et à la qualité des services</b> <i>Responsable : Sophie Brisson</i> <b>9.1.</b> Rapport de la commissaire aux plaintes <b>9.2.</b> Suivis des mesures d'amélioration (2025-2026)	Doc J Doc J
	<b>Huis-clos</b>	
<b>14 h 30</b> (20 min)	<b>10. Gestion intégrée des risques</b> <i>Responsable : Lyne Jutras</i>	
<b>14 h 50</b> (5 min)	<b>11. Dossiers – Situations particulières</b>	
<b>14 h 55</b> (5 min)	<b>12. Échanges</b>	
<b>15 h 00</b>	<b>13. Fin de la rencontre</b>	



# Conseil d'administration d'établissement (CAE) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Calendrier des séances régulières 2026-2027

**Les rencontres se tiennent en présence,  
à la salle Frances-Whittle (1629) de l'Édifice Norton  
située au 461, rue Argyll, Sherbrooke (Québec) J1J 3H5**

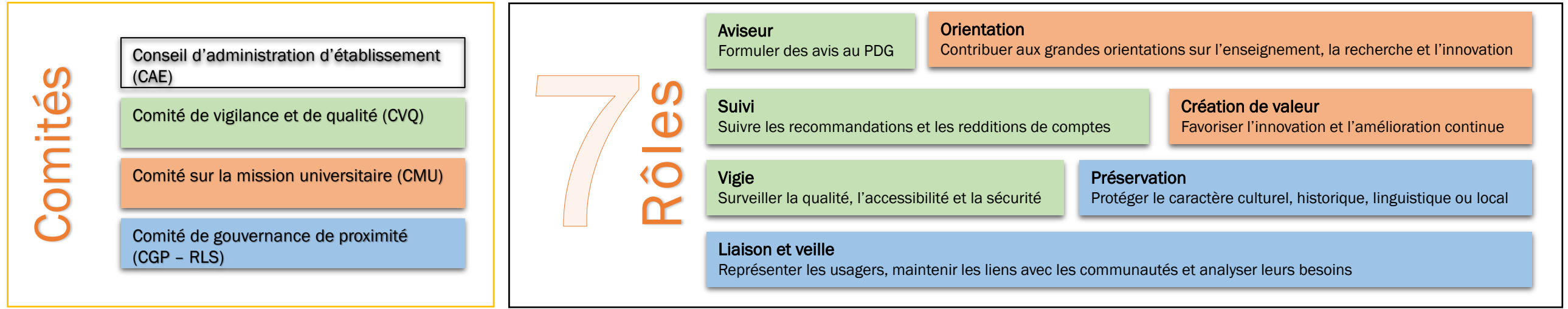
17 septembre 2026

19 novembre 2026

11 février 2027

15 avril 2027

17 juin 2027



1. Ouverture de la séance, mot de bienvenue du président-directeur général, de la présidente et constatation des présences				
2. Lecture et adoption de l'ordre du jour				
3. Déclaration d'intérêts en regard des membres du CAE				
4. Lecture, approbation et suivi de procès-verbaux				
5. Informations du PDG				
5.1 Suivi du plan d'établissement et du tableau de bord équilibré		5.1 Suivi du plan d'établissement et du tableau de bord équilibré		
6. Période de questions du public				
7. Thématiques				
7.1 Thématique – Trajectoire Jeunes en difficulté (JED)	7.1 Thématique - Transformation numérique	7.1 Thématique – Plan de développement durable	7.1 Thématique – Philanthropie et rôle et impacts des fondations	7.1 Thématique – Mission universitaire
7.2 Thématiques autres				
8. Rapports obligatoires				
8.1 Rapport annuel de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services	8.1 Rapport annuel du Conseil multidisciplinaire (CM) Services sociaux	8.1 Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF)	8.1 Rapport annuel du comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO)	8.1 Rapport du Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CIETOC)
8.2 Rapport annuel du Comité des usagers d'établissement (CUÉ)	8.2 Rapport annuel du Conseil multidisciplinaire (CM) Santé	8.2 Rapport annuel du Conseil des infirmières et des infirmiers (CII)	8.2 Rapport annuel de gestion du CAE	8.2 Rapport annuel sur l'application de la politique sur les soins de fin de vie
8.3 Rapport d'évaluation de l'expérience vécue par les usagers à l'égard des services				
9. Pause				
10. Informations des comités et instances				
10.1 Informations du CVQ				
10.2 Informations du CMU				
10.3 Informations du CGP - RLS				
11. Prochaine séance et clôture de la séance publique				
12.. Évaluation de la rencontre				