

**ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2016-2017**

**ENTRE**

**LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC**

**ET**

**LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ  
ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

**2016**

## **INTRODUCTION**

---

L'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) constitue un outil permettant au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de définir les relations qu'il entretient avec les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), les établissements non fusionnés dans la gestion du réseau de services ainsi que le centre régional de santé et de services sociaux (CRSSS) de la Baie-James.

Elle traduit, sur le plan opérationnel, les exigences du MSSS quant aux orientations à donner au réseau de services et à son évaluation.

Concrètement, des orientations de trois ordres forment l'essentiel de l'EGI :

- Les priorités ministérielles;
- Les orientations régissant l'offre de service du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

L'EGI prévoit les engagements du CIUSSS au regard d'objectifs et d'indicateurs, notamment ceux du Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020, afin de leur donner suite en 2016-2017. De plus, les attentes spécifiques concernant certains secteurs du réseau de services y sont définies;

- Les ressources.

L'EGI comporte huit chapitres :

- Le chapitre I fixe les termes, précise le but de l'entente, son objet, sa durée et indique les engagements du ministre de la Santé et des Services sociaux et du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- Le chapitre II énumère les priorités des ministres (le ministre de la Santé et des Services sociaux et la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et la Santé publique) pour l'année en cours. Celles-ci réfèrent aux dossiers qui, au cours de l'année, devront être prioritaires afin de favoriser l'atteinte des objectifs prévus au Plan stratégique 2015-2020;
- Le chapitre III inventorie les livrables, regroupés par objets de travail identifiés par le ministre, en lien avec les différents secteurs d'activités de l'établissement;
- Le chapitre IV porte sur les objectifs établis par le présent document, notamment en lien avec le Plan stratégique 2015-2020. Il énumère une liste d'indicateurs et identifie les résultats que le CIUSSS devra atteindre pour donner suite aux exigences ministérielles;
- Le chapitre V expose les volets d'intervention déployés par le MSSS en matière de ressources humaines afin de relever le défi de la main-d'œuvre;
- Le chapitre VI précise l'engagement du CIUSSS : d'une part, son obligation à financer les services sur son territoire en fonction des crédits qui lui sont accordés et des objectifs de résultats fixés par le MSSS et, d'autre part, de respecter l'ensemble des règles régissant l'allocation budgétaire;
- Le chapitre VII définit l'imputabilité du CIUSSS et les obligations relativement à la reddition de comptes;
- Le chapitre VIII présente les dispositions particulières de l'EGI.

## **CHAPITRE I : LES TERMES DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ**

---

### **1. BUT DE L'ENTENTE**

Le ministre, dans le contexte d'efforts de modernisation de l'administration publique québécoise, propose une gestion efficiente des ressources du réseau de services. Celle-ci implique de donner au réseau une direction commune, d'assurer un suivi assidu de ses secteurs critiques, de clarifier les responsabilités de chacun, d'exiger une rigueur des systèmes de gestion et une reddition de comptes soutenue. La ratification d'ententes de gestion et d'imputabilité s'inscrit dans ce mouvement.

### **2. OBJET DE L'ENTENTE**

Cette EGI est conclue conformément à l'article 55 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre 0-7.2) (LMRSSS). Il s'agit d'un contrat liant le ministre et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, incluant ses établissements regroupés, l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, le Centre Miriam, le CHSLD juif de Montréal, l'Hôpital Mont-Sinaï, la corporation du Centre hospitalier gériatrique Maimonides, le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge. Ce contrat est la conclusion d'échanges ayant pour objet l'offre de service déployée sur le territoire du CIUSSS pour répondre aux besoins de santé et de bien-être de sa population, considérant les ressources humaines et financières mises à sa disposition. Ce contrat traduit les attentes que doit satisfaire le CIUSSS concernant l'offre de services. Ces attentes visent à répondre aux besoins de la population considérant les ressources humaines et financières mises à sa disposition.

### **3. ENGAGEMENTS DU MINISTRE**

#### **Définir les orientations, les objectifs des services et les priorités annuelles**

Le ministre définit les orientations et les objectifs du réseau de services, de même que ses priorités annuelles.

#### **Évaluer**

Le ministre évalue l'atteinte des engagements pris par le CIUSSS ainsi que la réalisation des attentes spécifiques. Pour ce faire, il définit les modalités et les objets sur lesquels porte la reddition de comptes.

#### **Financer les services**

Afin de permettre au réseau de services de respecter ces priorités et ces orientations, ainsi que d'atteindre ces objectifs, le ministre voit à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux, et ce, en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires.

### **4. ENGAGEMENTS DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

#### **Respecter l'équilibre budgétaire**

Le CIUSSS s'engage à respecter les règles régissant l'utilisation de l'allocation budgétaire qui lui est accordée.

#### **Respecter les orientations et les priorités ministérielles**

Le CIUSSS s'engage à respecter les orientations et les priorités définies par les ministres et à leur donner suite sur son territoire considérant, à la fois, les particularités des besoins de sa population et son organisation régionale et locale de services.

### **Atteindre les objectifs**

Le CIUSSS s'engage à atteindre les objectifs de résultats, fixés par le MSSS au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), principalement en lien avec le Plan stratégique 2015-2020. Ces objectifs sont mesurables par le suivi d'indicateurs précis.

Pour remplir ces objectifs, le CIUSSS doit tenir compte des services de santé et des services sociaux offerts par les établissements privés conventionnés sur son territoire, le cas échéant.

### **Maintenir l'offre de service**

Le CIUSSS s'engage, à moins de conditions particulières précisées dans l'EGI, à assurer le maintien des services offerts sur son territoire. Il doit également justifier au ministre toute baisse non prévue du niveau de services dont il assure l'offre.

### **Imputabilité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal**

Le CIUSSS doit s'assurer de mettre en place les structures responsables d'assumer les engagements contenus dans l'EGI.

## **5. DURÉE DE L'ENTENTE**

La ratification d'une entente de gestion et d'imputabilité entre le ministre et le CIUSSS constitue une exigence annuelle. La présente EGI couvre l'année financière 2016-2017, soit du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017.

## **CHAPITRE II : LES PRIORITÉS DES MINISTRES 2016-2017**

---

Le présent chapitre identifie les priorités des ministres qui sous-tendent les actions du MSSS et du RSSS pour les prochaines années. Elles servent de référence à l'identification des priorités et des indicateurs des chapitres suivants.

Dans le but de mieux répondre aux besoins de la population, les ministres prennent en considération le contexte et les défis reliés aux services de santé et des services sociaux qui se traduisent par les chantiers prioritaires suivants :

### **Objets prioritaires et projets ministériels**

La récente réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux a remis en question des éléments de gouvernance afin d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et accroître l'efficacité et l'efficacités de celle-ci. Considérant la gouvernance qui est maintenant à deux paliers, le MSSS et les établissements doivent revoir la façon de travailler ensemble, puisque des attentes réciproques nécessitent de revoir les priorités et la vision du fonctionnement de cette nouvelle gouvernance. L'objectif poursuivi par le MSSS est de livrer les résultats attendus, et en ce sens, trois objets prioritaires ont été identifiés pour les prochains 18 à 24 mois :

1. L'accès unique et standardisé aux continuums de soins de santé et de services sociaux de première ligne;
2. La médecine spécialisée;
3. Le soutien à domicile.

Ces objets, en étroite concordance avec le Plan stratégique 2015-2020 du MSSS, influenceront autant l'allocation des ressources que la mesure de la performance. Aussi, trois projets ministériels s'ajoutent aux objets prioritaires. Ils s'arriment aux travaux des directions cliniques du MSSS, sont transversaux et complémentaires:

1. La mise en place du financement axé sur les patients (FAP);
2. Les systèmes d'information unifiés;
3. Optilab.

Dans ce contexte, l'établissement devra collaborer à toute demande émanant du MSSS touchant les objets prioritaires ou les projets ministériels, notamment quant au contenu de la présente entente.

### **Cancérologie**

Assurer une offre de soins et services de cancérologie intégrée et continue au sein de l'établissement ou par le biais de corridors régionaux ou interrégionaux. Le programme de cancérologie de l'établissement contribue à la mise en œuvre coordonnée d'activités de prévention et de promotion de la santé allant jusqu'aux soins palliatifs et de fin de vie.

### **Santé publique**

#### Politique gouvernementale de prévention en santé

La ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie assumera un leadership pour assurer la mise en œuvre de la nouvelle Politique gouvernementale de prévention en santé. Cette Politique constitue un nouveau levier pour faire d'importants gains en matière de santé, avec l'engagement de plusieurs ministères et organismes gouvernementaux. Il est donc requis :

- De contribuer à la mise en œuvre de la Politique gouvernementale de prévention en santé, conformément au Plan d'action interministériel qui en découle;

- D'intensifier les efforts de mobilisation et de soutien auprès des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux de même qu'auprès des acteurs intersectoriels qui ont une influence sur les déterminants de la santé (milieux municipaux, de garde, scolaire, communautaire, etc.) dans différents champs d'activité (famille, éducation, travail, solidarité sociale, aménagement du territoire, transport, environnement, bioalimentaire et sécurité publique), dans le but de poursuivre des objectifs et des projets communs en matière de santé et de bien-être, dans une perspective d'actualisation du principe de responsabilité populationnelle.

#### Programme national de santé publique

Le nouveau Programme national de santé publique (PNSP) « Pour améliorer la santé de la population du Québec » définit l'offre de services en santé publique, comme le prévoit la Loi sur la santé publique (LSP). Le PNSP s'inscrit en cohérence et en complémentarité avec les autres services du réseau de la santé et des services sociaux, de même qu'avec les mesures de la Politique gouvernementale de prévention en santé. Il est donc requis :

- De mettre en œuvre le nouveau PNSP, sous la coordination des directions de santé publique et en collaboration avec des acteurs du réseau et d'autres secteurs d'activité, le cas échéant, et ce, par :
  - L'appropriation et le déploiement des plans d'action thématiques qui déterminent comment actualiser les services propres à chaque axe du PNSP : la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, le développement global des enfants et des jeunes, l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires, la prévention des maladies infectieuses, la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires;
  - L'élaboration et le déploiement des plans d'action régionaux de santé publique qui, en complément des plans d'action thématiques, font état des caractéristiques régionales qui revêtent une importance stratégique pour la mise en œuvre des services de santé publique, incluant les dynamiques d'action propres aux territoires desservis et les besoins découlant de contextes sociodémographiques particuliers.

#### Organisation des services de santé publique

- D'organiser les services de santé publique sur la base des balises ministérielles énoncées pour atteindre les objectifs de transformation et soutenir la prise de décision, et ce, en tenant compte des éléments de contexte suivants :
  - L'intégration des services de première et deuxième lignes induite par l'abolition du palier de gouverne régional;
  - Les responsabilités professionnelles du directeur de santé publique énoncées par la LMRSSS, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) (LSSSS) et la LSP;
  - Le choix organisationnel et territorial du directeur de santé publique, de concert avec le président-directeur général (PDG) ou le président-directeur général adjoint (PDGA) de confier la prestation de certains services de santé publique à d'autres directions;
  - La nécessité de convenir des modalités de gestion fonctionnelles, traduites à l'intérieur d'un plan d'action spécifique ou d'une entente formelle, pour assurer la gestion optimale du programme-services de Santé publique, le cas échéant.

## Services sociaux

- D'améliorer l'accès, l'intégration et la qualité des services de santé et des services sociaux au bénéfice de la population, en mettant au cœur des priorités de l'établissement l'actualisation des orientations suivantes :
  - Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau;
  - Poursuivre l'adaptation du réseau pour faire face au vieillissement de la population tout en s'assurant que le domicile ou le retour à domicile soit toujours la première option envisagée pour répondre aux besoins des usagers;
  - Offrir des services de réadaptation plus accessibles aux personnes ayant une déficience, particulièrement pour les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA);
  - Renforcer les services d'intervention précoce auprès des enfants ayant une déficience et consolider les services à la fin de la scolarisation des jeunes ayant une déficience;
  - Implanter les paramètres organisationnels en réadaptation et réintégration dans la communauté, comme défini par le MSSS pour le Continuum de soins et de services en AVC;
  - Bonifier les programmes d'intervention en négligence et, dans le respect des mandats et des responsabilités prévues par la LSSSS, la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C. 2002, chapitre 1) (LSJPA), offrir, dans le cadre du programme Jeunes en difficultés, une réponse globale aux besoins des jeunes en difficulté et de leur famille;
  - Assurer l'actualisation de l'Offre de services sociaux généraux.
- D'améliorer l'accès aux soins et services professionnels de première ligne de façon tangible et continue. Les dossiers cliniques prioritaires pour y arriver sont les suivants :
  - L'amélioration des délais pour les premiers services sociaux dispensés en mission CLSC;
  - L'augmentation du nombre d'appels répondu dans un délai de 4 minutes au service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social).

## Services de santé et médecine universitaire

- D'améliorer l'accès aux soins et services professionnels de première ligne de façon tangible et continue. Les dossiers cliniques prioritaires pour y arriver sont les suivants :
  - La poursuite du déploiement des GMF, notamment par l'application du nouveau Programme GMF;
  - Le déploiement des super cliniques (GMF-Réseau);
  - L'augmentation du nombre d'infirmières praticiennes de première ligne (IPS-SPL);
  - L'amélioration du délai de réponse pour les patients de l'urgence;
  - Le déploiement de la phase II de l'Initiative ministérielle sur la maladie Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs;
  - La poursuite du déploiement des services de sages-femmes et des maisons de naissance.
- D'améliorer l'accès aux soins et services spécialisés par les actions suivantes :
  - L'amélioration de l'accès aux consultations spécialisées pour les patients des médecins de famille;
  - L'amélioration de la prise en charge et le suivi médical des patients hospitalisés par les médecins spécialistes lorsque le nombre de médecins spécialistes le permet;
  - La priorisation, à indication chirurgicale équivalente, des patients hors délais;
  - L'accroissement de l'accès à la gamme de services en santé mentale;

- La poursuite de la mise en place des grands continuums de soins et services tels que la douleur chronique, la maladie rénale, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées.

### **Technologie de l'information**

Avec l'objectif d'améliorer l'efficacité et la performance du secteur de la santé et des services sociaux, le ministre a émis une orientation stratégique en technologies de l'information : des systèmes d'information unifiés. Pour atteindre cet objectif, l'orientation a été déclinée en neuf cibles et 45 actions structurantes dont les éléments moteurs sont la mise en place du dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net et le financement axé sur le patient (FAP). L'atteinte de ces cibles permettra d'uniformiser les pratiques cliniques et les données qui en découlent. Cette étape franchie, il sera possible de comparer les pratiques et les améliorer.

### **Carte patient unique**

Mettre en œuvre les mesures nécessaires à la mise en place d'une « carte patient » unique d'établissement.

### **LES ATTENTES SIGNIFIÉES AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL POUR 2016-2017**

- D'assurer et augmenter, selon les paramètres convenus à l'intérieur de la présente entente, l'offre de service à la population en tout temps et particulièrement pendant la période intensive de la réorganisation du réseau.
- De mettre en place les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre budgétaire tout en assurant les services à la population.
- D'administrer le budget que le MSSS octroie à l'établissement en fonction des programmes-services établis, avec comme préoccupation de protéger ceux destinés aux clientèles vulnérables en excluant tout recours à la permutation des budgets, sauf sur autorisation expresse du ministre dans les cas exceptionnels.
- D'assurer la reddition de comptes de l'année financière 2015-2016 selon les paramètres convenus avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et assurer la reddition de comptes de l'établissement pour l'année financière 2016-2017.
- D'effectuer une planification des ressources humaines de votre établissement et de poursuivre la priorisation du remplacement des ressources en stabilité ou sécurité d'emploi avant de procéder à de nouvelles embauches ou à la titularisation des occasionnels.
- De rendre accessibles les services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise selon les modalités de la mise à jour des programmes d'accès effectuée en 2016.
- De planifier, organiser et actualiser les activités de l'établissement en tenant compte de la planification stratégique du MSSS 2015-2020, de concert avec les membres du conseil d'administration.
- De mettre en œuvre, conformément à la Loi et aux orientations données en la matière par le ministre, l'intégration des services au sein de l'établissement afin de simplifier et d'améliorer l'accès aux services pour le citoyen. Notamment, l'établissement doit s'engager à participer et à collaborer activement aux travaux entourant les objets prioritaires (le soutien à domicile, l'accès aux soins et services sociaux de 1<sup>re</sup> ligne et leur intégration à proximité et l'accès aux médecins spécialistes) ainsi qu'aux grands projets ministériels (l'optimisation des services de biologie médicale (Optilab), l'unification des systèmes d'information et le financement axé sur le patient).
- Maintenir les corridors établis de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire. Au besoin, établir de nouveaux corridors de services pour les besoins de cette même population.



- Supporter les travaux du comité des usagers et, le cas échéant, du comité consultatif notamment en leur assurant les ressources raisonnables pour voir à leur bon fonctionnement.
- D'actualiser toutes nouvelles orientations, engagements ou directives du ministre pouvant survenir en cours d'année.
- De maintenir ou au besoin de mettre en place, en collaboration avec les autres établissements de son territoire, des corridors d'accès permettant à sa population d'avoir accès aux services de nature spécialisée ou surspécialisée.
- De prendre les mesures nécessaires pour assurer le suivi des recommandations des accompagnateurs signifiées dans leur rapport ainsi que l'atteinte des cibles identifiées dans le plan de retour à l'équilibre budgétaire autorisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Maintenir ou, le cas échéant, convenir de nouveaux corridors de services avec les autres établissements publics de la région pour compléter son offre de service à la population de son territoire, notamment concernant les missions suivantes : réadaptation en déficience physique, réadaptation en déficience intellectuelle, réadaptation en dépendance, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.
- De collaborer avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal pour assurer la bonne réalisation de la cession des services de paie ainsi que de l'effectif et du budget qui y sont liés.
- Collaborer avec le directeur de santé publique qui coordonne les services et l'utilisation des ressources pour l'application du plan régional de santé publique sur l'ensemble de votre territoire, comme prévu dans le cadre de l'entente inter-établissement. Cette collaboration inclut, notamment, la transmission de l'information nécessaire au suivi des ententes de gestion et d'imputabilité.
- D'assurer la prise en charge des activités du Centre de réadaptation MAB-Mackay conformément aux conventions signées entre les parties impliquées.
- D'assurer sa collaboration et celle de son équipe aux travaux des dossiers ministériels dont la coordination est confiée à l'équipe dédiée à cet effet, soit l'Équipe de soutien à la transformation Montréal et Montérégie.

## **CHAPITRE III : LES ATTENTES SPÉCIFIQUES 2016-2017**

---

Ce chapitre est prévu pour permettre à certaines directions générales du MSSS d'identifier des attentes spécifiques pour un établissement.

Tous les biens livrables de ce chapitre doivent être transmis dans la boîte courriel des EGI : [ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca](mailto:ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca).

### **SANTÉ PUBLIQUE**

#### **COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

##### **Contexte**

La présence d'un comité est l'une des composantes essentielles à l'implantation et au bon fonctionnement d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. C'est la raison pour laquelle elle fait l'objet d'une reddition de compte de chaque établissement.

##### **Description**

Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.

##### **Format**

Formulaire GESTRED n° 10516

##### **Période de transmission au MSSS**

Période 13

### **SERVICES SOCIAUX**

#### **PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE**

##### **Contexte**

La bonification des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN) est un prérequis à l'atteinte de l'objectif du Plan stratégique 2015-2020 à l'effet de diminuer le taux de jeunes pris en charge pour un motif de négligence.

##### **Description**

Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.

##### **Format**

Formulaire GESTRED n° 805

##### **Date de transmission au MSSS**

Le 31 mai 2017

#### **CONSOLIDATION DU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE PSYCHOSOCIALE 24/7 (INFO-SOCIAL)**

##### **Contexte**

Le présent livrable a pour objectif d'améliorer l'accès aux services de première ligne en offrant un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux par des professionnels en intervention psychosociale, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

### **Description**

L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.

### **Format**

État de situation

### **Date de transmission au MSSS**

Le 31 octobre 2016

## **ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUS LES USAGERS HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC**

### **Contexte**

Poursuivre l'évaluation à jour des usagers hébergés dans les lits d'hébergement permanent de centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) public et l'élaboration de plan d'intervention convenu avec la personne et/ou ses proches, et ce, en respect des obligations de l'établissement découlant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) (LSSSS).

### **Description**

L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention.

Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.

### **Formats**

État de situation : gabarit produit par le MSSS  
Formulaire GESTRED n° 584

### **Date et périodes de transmission au MSSS**

État de situation : le 31 mai 2017  
Formulaires GESTRED : périodes 6 et 13

## **PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ**

### **Contexte**

Le Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) constitue un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience mis en place par la Direction des personnes ayant une déficience en 2008.

### **Description**

L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.

### **Format**

Tableau Excel : gabarit produit par le MSSS

### **Date de transmission au MSSS**

Le 31 mai 2017

## **APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION À L'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER**

### **Contexte**

En février 2016, la nouvelle version du lexique Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH) est entrée en vigueur. Le MSSS souhaite s'assurer de la conformité de son application, tant au niveau des variables que des principes qui les sous-tendent.

### **Description**

L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.

### **Format**

État de situation : gabarit produit par le MSSS

### **Date de transmission au MSSS**

Le 15 novembre 2016

## **PORTRAIT DES LITS DE SOINS ET SERVICES POSTAIGUS**

### **Contexte**

L'offre de lits de soins et services postaigus est variable au sein des établissements et entre ceux-ci. Un portrait de la situation actuelle doit être réalisé pour permettre l'élaboration d'orientations ministérielles afin de favoriser l'harmonisation des pratiques.

### **Description**

L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.

### **Format**

État de situation : gabarit produit par le MSSS

### **Date de transmission au MSSS**

Le 30 septembre 2016

## **SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE**

### **SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ATTEINTE DES CIBLES DE L'ENTENTE ENTRE LE MSSS ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC**

### **Contexte**

L'amélioration de l'accès aux services spécialisés a été identifiée comme objet prioritaire pour la transformation du réseau au cours des prochains 18 à 24 mois.

### **Description**

Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.

### **Format**

Plan de travail Word : gabarit produit par l'établissement

État de situation : gabarit produit par l'établissement

### **Dates de transmission au MSSS**

Plan de travail : le 1<sup>er</sup> juin 2016

États de situation : le 1<sup>er</sup> septembre 2016 – le 1<sup>er</sup> décembre 2016 – le 1<sup>er</sup> mars 2017

**MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 ET SUIVI DES RÉALISATIONS**

**Contexte**

Le MSSS procédera, dès avril 2016, au déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles en ce qui a trait à la prise en charge et au suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs.

**Description**

Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.

**Formats**

Plan d'action Word : gabarit produit par le MSSS  
État de situation : gabarit produit par le MSSS

**Dates de transmission au MSSS**

Plan d'action : le 1<sup>er</sup> juin 2016  
État de situation : le 31 mars 2017

**PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018**

**Contexte**

L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en accident vasculaire cérébral sur son territoire. Un plan d'action national vient d'être produit. Il comprend les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum, assorties de moyens et d'indicateurs.

**Description**

L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.

**Formats**

Plan d'action : gabarit produit par le MSSS  
Auto-évaluation : gabarit produit par le MSSS

**Dates de transmission au MSSS**

Plan d'action : le 31 octobre 2016  
Auto-évaluation : le 31 mars 2017

**DÉPLOIEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE**

**Contexte**

Par application du nouveau Programme des groupes de médecine de famille (GMF), poursuivre le déploiement des GMF par le développement de nouveaux GMF ou par l'ajout de site clinique à des GMF existants.

**Description**

L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).

**Formats**

États de situation : gabarit produit par l'établissement

**Date de transmission au MSSS**

Le 31 mars 2017 pour les deux livrables

**POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN DE L'OFFRE DE SERVICE EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE**

**Contexte**

Le Plan de développement 2015-2020 en Poursuite du développement et du soutien de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) présente neuf priorités et 50 mesures stratégiques essentielles. Il vise principalement la mise en œuvre des modalités de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et l'amélioration de l'offre de service en SPFV.

**Description**

L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.

**Format**

Plan d'action Word : gabarit produit par le MSSS

**Date de transmission au MSSS**

Le 31 mars 2017

**FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET**

**LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE**

**Contexte**

En vertu de la Loi visant à permettre la réalisation d'infrastructures par la Caisse de dépôt et placement du Québec (2015, chapitre 17), le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) doit s'assurer de l'évaluation fiable et objective de l'état des infrastructures publiques, dont le parc immobilier du réseau de la santé et des services sociaux, d'ici 2020.

**Description**

Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.

**Format**

Système Actifs + Réseau : gabarit produit par le MSSS

**Date de transmission au MSSS**

Le 18 novembre 2016

**STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE**

**Contexte**

Le Gouvernement du Québec a lancé le 28 mars 2011 sa nouvelle « Stratégie québécoise d'économie d'eau potable ». À cet effet, les établissements de chaque région sont invités à adhérer aux engagements du MSSS au regard de cette stratégie.

**Description**

Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.

**Format**

Formulaire GESTRED n° 630

**Période de transmission au MSSS**

Période 10

**COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE****SÉCURITÉ CIVILE****Contexte**

En vertu de la Loi sur la sécurité civile (chapitre S-2.3) (LSC), du Plan national de sécurité civile (PNSC) et de la PMSC, le MSSS et les établissements ont la responsabilité de coordonner le déploiement de la mission Santé et d'assurer le maintien de leurs biens et services essentiels.

**Description**

S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.

**Format**

Formulaire GESTRED n° 9081

**Périodes de transmission au MSSS**

Période 6

Période 13

**GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE - SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX****Contexte**

En vertu de la LSC, il revient aux établissements de réaliser le processus de gestion des risques en sécurité civile afin d'assurer le maintien de leurs biens et services essentiels, et ce, en cohérence avec l'objectif 3 de la PMSC.

**Description**

Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci.

Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.

**Format**

Formulaire GESTRED n° 9083

**Période de transmission au MSSS**

Période 13

## **CENTRE D'EXPERTISE SUR LE BIEN-ÊTRE ET L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE DES RÉFUGIÉS ET DES DEMANDEURS D'ASILE**

### **Contexte**

Orientations ministérielles « Une passerelle vers un avenir en santé » : La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état de santé physique pour mieux desservir.

### **Description**

La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.

### **Format**

Plan de travail Word : gabarit produit par l'établissement

### **Date de transmission au MSSS**

Le 30 avril 2016

## **PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ**

### **PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS DU GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS**

#### **Contexte**

En juin 2014, le Groupe vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) déposait au MSSS deux rapports portant sur la prévention des chutes, incidents et accidents liés à la médication. En réponse aux 36 recommandations adressées au MSSS, un plan d'action ministériel a été élaboré.

#### **Description**

L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.

#### **Format**

États de situation : gabarit produit par le MSSS

#### **Dates de transmission au MSSS**

Le 30 septembre 2016

Le 31 mars 2017

## **DIAGNOSTIC ET PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES**

### **Contexte**

La production d'un plan d'action à l'égard des personnes handicapées est une obligation légale qui vise à améliorer la participation sociale des personnes handicapées. Préalablement, un diagnostic est exigé pour identifier les obstacles prioritaires.

### **Description**

Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.



**Format**

Diagnostic : gabarit produit par l'établissement

Plan d'action Word : gabarit produit par l'établissement

**Dates de transmission au MSSS**

Diagnostic : le 28 octobre 2016

Plan d'action : le 30 mars 2017

**TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION**

**ORIENTATION STRATÉGIQUE DU MINISTRE EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION – DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS**

**Contexte**

La LMRSSS vise à améliorer le continuum de services et à accroître l'efficacité ainsi que la performance du réseau. Des travaux pour optimiser les investissements consentis en ressources informationnelles (RI) sont débutés en lien avec l'orientation stratégique du ministre annoncée en fin d'année 2015.

**Description**

- Compléter les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI);
- Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du MSSS;
- Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues;
- Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues;
- Faire autoriser tous les projets en RI par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).

**Format**

Le gabarit sera produit par le MSSS

**Dates de transmission au MSSS**

Le 30 septembre 2016

Le 31 mars 2017

**CHAPITRE IV : LES INDICATEURS 2016-2017 ET LES ENGAGEMENTS**

Le présent chapitre identifie les engagements à atteindre au regard des indicateurs du Plan stratégique 2015-2020 et de certaines autres activités significatives pour le RSSS. Le Plan stratégique 2015-2020 constitue le cadre intégrateur pour le MSSS et le réseau, lesquels seront confrontés à trois grands enjeux dans la réponse qu'ils apporteront aux besoins de la population québécoise au cours de la période 2015-2020. De ces enjeux découlent trois grandes orientations et les axes d'intervention suivants :

- Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé :
  - Habitudes de vie;
  - Prévention des infections.
- Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers :
  - Première ligne et urgence;
  - Services spécialisés;
  - Sécurité et pertinence;
  - Personnes âgées;
  - Personnes vulnérables.
- Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement :
  - Mobilisation des personnes;
  - Organisation efficiente.

Le tableau qui suit présente les indicateurs et les engagements, soit les résultats que l'établissement s'engage à atteindre pour le 31 mars 2017. Dans le cas où l'indicateur fait partie du Plan stratégique 2015-2020, les objectifs de celui-ci ainsi que la cible à atteindre par l'établissement en 2020 sont également fournis.

| INDICATEURS  | ENGAGEMENTS POUR 2016-2017 | CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT | OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020  |
|--|----------------------------|---------------------------|--|
| <b>Santé publique – Infections nosocomiales</b>  |                            |                           |  |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)                                     | 100,0                      | 95,0                      | 8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)                 | 100,0                      | 95,0                      |  |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS) | 100,0                      | 95,0                      |  |

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

| INDICATEURS  | ENGAGEMENTS POUR 2016-2017 | CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT | OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020  |
|--|----------------------------|---------------------------|--|
| 1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS) | 100,0                      | NA                        |  |
| <b>Services généraux</b>   |                            |                           |  |
| 1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins   | 90,0                       | NA                        |  |
| <b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)</b>  |                            |                           |  |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée  | 100,00                     | NA                        | 11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée  | 100,00                     | NA                        |  |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale   | 50,00                      | 100,00                    |  |
| 1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus  | 77,0                       | NA                        |  |
| <b>Soutien à domicile de longue durée</b>  |                            |                           |  |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)  | 7 000                      | 6 948                     | 10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée                         |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)   | 85,0                       | 90,0                      |  |
| <b>Déficiences</b>   |                            |                           |  |
| 1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS   | 97,0                       | NA                        |  |
| 1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS   | 96,0                       | NA                        | □  |

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

| INDICATEURS  | ENGAGEMENTS POUR 2016-2017 | CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT | OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020   |
|--|----------------------------|---------------------------|---|
| 1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS | 95,0                       | NA                        |   |
| 1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS | 93,0                       | NA                        |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.05.15-PS Délai moyen accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme  | 80,00                      | 90,00                     | 13. Faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) |
| <b>Dépendance</b>  |                            |                           |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance   | 69,0                       | 90,0                      | 15. Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau  |
| <b>Santé mentale</b>   |                            |                           |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère  | 214                        | 361                       | 14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère   | 214                        | 231                       |   |
| 1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours   | 470                        | NA                        |   |
| <b>Santé physique - Urgence</b>  |                            |                           |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence  | 12,00                      | 10,00                     | 5. Réduire le temps d'attente à l'urgence   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures   | 70,0                       | 90,0                      |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures   | 70,0                       | 90,0                      |   |
| <b>Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie</b>  |                            |                           |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile   | 720                        | 827                       | 12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes  |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie   | 38                         | 38                        |   |

| INDICATEURS  | ENGAGEMENTS<br>POUR 2016-2017 | CIBLES 2020<br>ÉTABLISSEMENT | OBJECTIFS DU PLAN<br>STRATÉGIQUE 2015-2020  |
|--|-------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Santé physique - Services de première ligne</b>   |                               |                              |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.25-PS Nombre total de GMF  | 11                            | 12                           | 4. Améliorer l'accès aux soins et services professionnels de première ligne               |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille   | 62,00                         | 85,00                        |   |
| <b>Santé physique - Chirurgie</b>  |                               |                              |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies  | 0                             | 0                            | 6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)                                       | 90,0                          | 90,0                         | 7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer                                    |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)                                      | 100,0                         | NA                           |   |
| <b>Santé physique - Imagerie médicale</b>  |                               |                              |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies                     | 80,0                          | 100,0                        | 6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques | 80,0                          | 100,0                        |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales  | 80,0                          | 100,0                        |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques     | 80,0                          | 100,0                        |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires      | 80,0                          | 100,0                        |   |
| <b>Plan stratégique</b><br>1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies         | 80,0                          | 100,0                        |   |
|  |                               |                              |   |

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

| INDICATEURS  | ENGAGEMENTS POUR 2016-2017 | CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT | OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020   |
|--|----------------------------|---------------------------|---|
| <b><u>Plan stratégique</u></b>   |                            |                           |   |
| 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries     | 80,0                       | 100,0                     |   |
| <b><u>Plan stratégique</u></b>   |                            |                           |   |
| 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques | 80,0                       | 100,0                     |   |
| <b>Hygiène et salubrité</b>  |                            |                           |   |
| 2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité  | 100                        | NA                        |   |
| <b>Ressources humaines</b>   |                            |                           |   |
| <b><u>Plan stratégique</u></b>   |                            |                           |   |
| 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire  | 4,30                       | 4,27                      | 18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau |
| <b><u>Plan stratégique</u></b>   |                            |                           |   |
| 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires   | 2,18                       | 2,24                      |   |
| <b><u>Plan stratégique</u></b>   |                            |                           |   |
| 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante   | 4,60                       | 5,31                      |   |

Cible 2020

NA : ne s'applique pas.

## **CHAPITRE V : RELEVER LE DÉFI DE LA MAIN-D'ŒUVRE**

---

Les priorités ministérielles en matière de main-d'œuvre reconnaissent l'importance de la participation de celle-ci dans l'amélioration de la performance du système de santé. D'une part, elles visent à assurer la collaboration d'une main-d'œuvre travaillant dans des milieux sains et dont les compétences et la disponibilité servent à appuyer une offre de service adaptée aux besoins de la population. D'autre part, elles visent une amélioration de la gouvernance, notamment par la réduction de la structure d'encadrement.

### **Qualité de vie au travail**

La gestion des ressources humaines se base généralement sur plusieurs indicateurs évalués isolément. Or, la pratique met en évidence de nombreuses relations entre ces différents indicateurs : par exemple, l'absentéisme élevé d'un secteur d'activité peut mener à une augmentation du temps supplémentaire et de la main-d'œuvre indépendante, ce qui pourrait générer une baisse de la mobilisation au travail des employés de ce secteur d'activité et entraîner des répercussions négatives sur le taux de roulement et, par le fait même, sur le service à la clientèle. La notion de qualité de vie au travail est née de cette nécessité d'intervenir en considérant autant les indicateurs que les interactions qu'ils ont entre eux.

Le concept de qualité de vie au travail mise sur le développement de milieux de travail sains pour favoriser la disponibilité et la mobilisation de la main-d'œuvre. Dans la perspective de développer cette vision intégrée, le MSSS a maintenu le suivi des trois éléments habituels (assurance-salaire, main-d'œuvre indépendante et temps supplémentaire) et il entamera les travaux nécessaires au développement d'un indice composé de la qualité de vie au travail, lesquels nécessiteront la collaboration des établissements.

### **Contrôle des effectifs et mesures pour le personnel d'encadrement**

La Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (chapitre G-1.011) (LCGE), sanctionnée en décembre 2014, prévoit un gel global des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État et la mise en place d'un processus de dénombrement plus complet que celui qui existe actuellement.

Comme prescrit par la LCGE, le ministre transmettra périodiquement au président du Conseil du trésor le nombre d'heures rémunérées depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014, basé sur les données colligées par les agents payeurs qui sont transmises au MSSS. Ces données seront également transmises aux établissements.

Le MSSS informera le réseau du niveau d'effectifs attendu, déterminé par le nombre d'heures rémunérées dès que celui-ci lui sera transmis par le Conseil du trésor. Le soutien du réseau dans l'application des dispositions de la LCGE est primordial.

En plus de la LCGE, la LMRSSS sanctionnée en février 2015, vise à accroître l'efficacité et l'efficacéité du réseau, entre autres par une optimisation des structures administratives et cliniques et une réduction du personnel d'encadrement.

À cette fin, le MSSS a transmis des cibles pour le taux d'encadrement total et pour les ratios d'encadrement supérieur et fonctionnel ainsi que des objectifs de réduction du personnel d'encadrement aux établissements visés par la LCGE. Ces cibles devront être atteintes en 2017-2018. Un suivi sera effectué chaque année par le MSSS à partir des données colligées par les agents payeurs. Au besoin, l'établissement devra fournir sur demande tout document nécessaire à la vérification de ces éléments.

De plus, l'élimination d'un niveau hiérarchique, prévue par la LMRSSS, permet un meilleur contrôle de l'application des conditions de travail et de rémunération du personnel d'encadrement. Il est donc essentiel que les dirigeants respectent les orientations prescrites (moratoire ou autre) ainsi que les dispositions des règlements en ce moment en vigueur.

## **CHAPITRE VI : ATTEINDRE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DANS LE RESPECT DES RÈGLES**

---

Ce chapitre précise l'engagement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, d'une part, à financer les services sur son territoire en fonction du budget qui lui est accordé et des objectifs de résultats fixés par le MSSS et, d'autre part, à respecter les règles régissant la gestion budgétaire.

De plus, l'établissement doit atteindre les objectifs prévus pour assurer le retour à (ou le maintien de) l'équilibre budgétaire du réseau de services sur son territoire.

### **OFFRIR DES SERVICES À UN NIVEAU CORRESPONDANT AU BUDGET DE L'ÉTABLISSEMENT**

#### **BUDGET DE L'ÉTABLISSEMENT**

Votre établissement dispose pour l'année financière 2016-2017 d'un budget qui correspond à celui de l'année financière 2015-2016 et qui tient compte :

- de la récurrence des montants déjà signifiés pour l'exercice financier 2015-2016, montants ajustés des bases annuelles ou annualisations qui vous ont été confirmés;
- de l'évolution des coûts reliés à l'indexation des salaires au 1<sup>er</sup> avril 2016, de la progression du personnel dans les échelles salariales, de la variation du coût des parts de l'employeur. Ceci représente un taux de croissance de 1,26 %;
- d'un montant alloué pour l'indexation des dépenses autres que salariales (équivalent à 1,2 %) calculé selon une approche populationnelle d'allocation des ressources par programmes-services;
- de l'ajustement pour l'indexation des dépenses autres que salariales pour les postes RI-RTF calculé selon le taux d'indice des rentes du Québec de 1,2 %.

Le budget initial intègre le(s) élément(s) suivant(s) :

#### **Allocation pour l'indexation spécifique**

Un montant de 519 900 \$ est alloué pour financer l'indexation spécifique pour les médicaments et les fournitures médicales.

#### **Mesures d'optimisation et de pertinence des soins**

##### *Effort d'efficience*

Un effort relié à l'efficience des services et à la pertinence des soins est demandé. Pour votre établissement, l'objectif est fixé à 8 909 298 \$.

##### *Approvisionnement en commun*

Afin de favoriser l'augmentation de regroupement des achats en matière de biens, services et fournitures pour l'ensemble du réseau, un effort de 835 900 \$ est demandé à l'établissement.

#### **Fonds de financement des services de santé et des services sociaux**

##### *Programme d'accès à la chirurgie*

Pour le programme d'accès à la chirurgie, les informations au regard des tarifs seront transmises dans une communication ultérieure.



*Règles budgétaires pour l'exercice financier 2016-2017*

L'enveloppe budgétaire accordée est également soumise à certaines règles régissant sa transférabilité. En effet, la transférabilité est définie à partir de trois blocs de programmes, soit celui de la santé publique, de la santé physique et des autres programmes.

Toute permutation des budgets entre les programmes-services doit être autorisée au préalable par le ministre.

Ces règles doivent être prises en considération dans le processus d'approbation de tout plan de redressement d'un ancien établissement, ceci afin d'assurer le maintien de la gamme de services.

L'établissement devra concentrer les investissements dans les programmes de manière à assurer un financement garantissant un niveau d'accès équilibré pour chacun des programmes, et ce, tout en respectant les priorités gouvernementales et ministérielles.

*Loi sur l'équilibre budgétaire*

En conformité avec la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un suivi rigoureux devra être assuré pour éviter des perspectives déficitaires en cours d'exercice.

À cet égard, l'établissement doit produire dans les délais et la forme prescrits, les informations et documents exigés par la circulaire portant sur la planification budgétaire et celle portant sur l'exécution du budget. De plus, et en conformité avec l'article 10 de cette loi, l'établissement doit soumettre, dès le constat que l'équilibre budgétaire est compromis, un plan de retour à l'équilibre budgétaire dûment adopté par le conseil d'administration.

---

**CHAPITRE VII : IMPUTABILITÉ DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE  
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-OUEST-DE-  
L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

---

Le CIUSSS doit :

1. Mettre en place les structures chargées d'assumer les responsabilités dévolues par l'EGI et concevoir les activités qui assureront la concrétisation des résultats recherchés;
2. Maintenir, à moins de conditions précisées dans l'EGI, l'offre de services non visés par des objectifs spécifiques et respecter, le cas échéant, les engagements ou les cibles des EGI antérieures;
3. Témoigner périodiquement auprès du ministre de l'état d'avancement des mesures mises en place dans le cadre de l'EGI. À cet effet, le CIUSSS s'engage à fournir toute l'information pertinente, notamment à effectuer le suivi des indicateurs définis dans son offre de service;
4. Transmettre, directement ou par l'intermédiaire de ses installations, l'information nécessaire au calcul des indicateurs de l'EGI et des indicateurs en expérimentation, ainsi que toute autre information requise pour le suivi de gestion;
5. Garantir la fiabilité et la validité de l'information fournie en s'assurant du respect des règles auxquelles sont assujettis les systèmes d'information qui la génère. La qualité des données dépend directement de plusieurs facteurs, certains antérieurs à leur collecte, d'autres en cours de saisie, d'autres enfin après celle-ci. La qualité des données exige le respect de règles régissant leur validité et leur fiabilité, règles auxquelles sont assujettis les systèmes d'information qui les produisent. Une information est considérée valide et fiable lorsqu'elle est conforme à la réalité, exacte, intégrale et constante. À titre d'exemple, le CIUSSS devra s'assurer, avec son pilote de systèmes d'information, du respect des règles de validité pour l'ensemble de ses installations. Le président-directeur général (PDG) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal atteste de la validité et de la fiabilité des données transmises en s'assurant du respect des règles afférentes;
6. Produire, à la période 13, un rapport faisant, grâce au suivi des indicateurs ciblés, un bilan annuel de l'atteinte des cibles et de la réalisation des attentes spécifiques;
7. Convenir avec le ministre, sur la base de l'information contenue dans le bilan à la période 13, des correctifs qui s'imposent et des modalités de leur réalisation, afin de bonifier l'EGI de la prochaine année;
8. Produire, comme prévu à l'article 182.7 de la LSSSS, un rapport annuel de gestion qui contiendra, notamment, une déclaration du PDG de l'établissement attestant la validité et la fiabilité des données contenues au rapport et des contrôles afférents et une présentation des résultats en lien avec les objectifs prévus à l'EGI, afin de mettre en œuvre les orientations stratégiques du ministre.
9. Élaborer un plan d'action, comme prévu à l'article 55 de la LMRSSS, qui contient les moyens pris pour donner suite à l'EGI et les ressources disponibles pour y arriver.

---

**CHAPITRE VIII : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES**

---

L'EGI est un document public, conformément aux dispositions de l'article 182.3 de la LSSSS.

Pour la durée de la présente entente, tout nouveau développement de services spécialisés doit faire préalablement l'objet d'une convention avec le ministre précisant les ressources humaines, les sources de financement, la nature des services à rendre et les résultats visés.

Toute modification à l'entente doit faire l'objet d'un accord préalable entre les parties. De plus, si une des parties estime que les termes de l'entente ne sont pas respectés, celle-ci doit transmettre à l'autre partie un avis officiel afin de convenir d'ajustements d'un commun accord.

Compte tenu des dispositions de l'article 182.6 de la LSSSS, ce présent document peut être suspendu ou annulé par le ministre.

Signé à *Québec* le *13/07/*.....2016

Signé à *Montréal* le *15 juin*.....2016

Le sous-ministre de la Santé  
et des Services sociaux

Le président-directeur général du Centre  
intégré universitaire de santé et de  
services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-  
de-Montréal

Entente originale signée