

**ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2015-2016**

**ENTRE**

**LE CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

**DE LA BAIE-JAMES**

**ET**

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

**2015**

## INTRODUCTION

---

L'Entente de gestion et d'imputabilité (EGI) représente un outil permettant au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (Centre) de définir les relations qu'ils entretiennent dans la gestion du réseau de services. 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 :

L'EGI prévoit les engagements du Centre au regard d'objectifs et d'indicateurs, notamment ceux du plan stratégique 2015-2020 afin d'y donner suite en 2015-2016 et les attentes spécifiques concernant certains secteurs du réseau de services.

- Les ressources.

L'EGI comporte huit chapitres :

- Le chapitre I fixe les termes de l'EGI. Il précise le but déterminé par celle-ci, son objet, les engagements du Centre et ceux du ministre de la Santé et des Services sociaux, de même que sa durée.
- Le chapitre II présente 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 et au-delà de l'activité habituelle des établissements, sont jugés structurants et stratégiques par les ministres pour l'évolution du réseau.
- Le chapitre III présente les attentes spécifiques relatives à certains secteurs d'activités.
- Le chapitre IV porte sur les objectifs à atteindre en mars 2016, notamment en lien avec le Plan stratégique 2015-2020 du MSSS. Il contient une présentation des indicateurs mesurant ces objectifs et les résultats de ces indicateurs (engagements) que le Centre devra atteindre au terme de l'année pour donner suite aux exigences ministérielles.
- Le chapitre V précise les volets d'intervention déployés par le MSSS en matière de ressources humaines pour relever le défi de la main-d'œuvre.
- Le chapitre VI précise l'engagement du Centre : d'une part, 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, à respecter les règles régissant l'allocation budgétaire.
- Le chapitre VII précise l'imputabilité du Centre et exige du Centre qu'il produise un bilan de reddition de comptes.
- Le chapitre VIII précise 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 de la Santé et des Services sociaux, dans le contexte d'efforts de modernisation de l'administration publique québécoise, propose une gestion plus efficiente des ressources du réseau de services. Celle-ci implique de donner au réseau une direction d'ensemble, d'assurer un suivi assidu de ses secteurs critiques, de clarifier les responsabilités de chacun, d'exiger une rigueur accrue 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 182.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il s'agit d'un contrat liant le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et le ministre. Ce contrat est la conclusion d'échanges ayant pour objet l'offre de service déployée sur le territoire du Centre 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 Centre 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 MSSS définit les orientations et les objectifs du réseau de services, de même que ses priorités annuelles.

**Évaluer**

Le MSSS évalue l'atteinte des engagements pris par le Centre 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****Respecter l'équilibre budgétaire**

Le Centre 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 Centre s'engage à respecter les orientations et les priorités définies par le ministre 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 Centre 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 ministériel 2015-2020. Ces objectifs sont mesurables par le suivi d'indicateurs précis.

Pour remplir ces objectifs, le Centre 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 Centre 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**

Le Centre 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 MSSS et le Centre constitue une exigence annuelle. La présente EGI couvre l'année financière 2015-2016, soit du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016.

---

**CHAPITRE II : LES PRIORITÉS DES MINISTRES 2015-2016**

---

Le présent chapitre identifie les priorités des ministres qui sous-tendent les actions du MSSS et du réseau sociosanitaire 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.

Conséquemment, les ministres demandent :

- De mettre en place les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre budgétaire sans affecter les services à la population.
- De planifier, organiser et actualiser les activités de l'établissement en tenant compte de la planification stratégique du MSSS, de concert avec les membres du conseil d'administration.
- D'établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire.
- D'actualiser toutes nouvelles orientations, engagements ou directives du ministre pouvant survenir en cours d'année.
- De mettre l'offre de services et de soins accessibles, intégrés et de qualité pour les usagers au cœur des priorités de l'établissement et les dossiers cliniques prioritaires en lien avec cette orientation sont les suivants :
  - L'adaptation du réseau pour faire face au vieillissement de la population;
  - L'accès aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience plus particulièrement pour les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA);
  - L'accès aux services d'intervention précoce auprès des enfants et le continuum des services à la fin de la scolarisation devront faire l'objet d'une intervention prioritaire;
  - La révision des orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficience et d'efficacité du Programme-services Jeunes en difficulté;
  - Le Plan d'action ministériel visant la prévention des chutes et des événements en lien avec la médication;
  - Les soins palliatifs et de fin de vie;
  - Le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020.
- 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;
  - Le déploiement des super cliniques;
  - L'augmentation du nombre d'infirmières praticiennes de première ligne (IPS-SPL);
  - L'amélioration du délai de réponse pour les patients de l'urgence.
- D'améliorer l'accès aux soins et services spécialisés par les actions suivantes :
  - Le déploiement de mesures relatives aux programmes en oncologie et la mise en place des normes relevant de la Direction québécoise de cancérologie;
  - 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.
- De tenir compte de ces autres dossiers d'importance :
    - L'adoption d'une Politique gouvernementale de prévention en santé;
    - L'implantation du nouveau Programme national de santé publique (PNSP);
    - La mise en œuvre du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020;
    - Les activités socioprofessionnelles et communautaires;
    - Les technologies de l'information.

---

### **CHAPITRE III : LES ATTENTES SPÉCIFIQUES 2015-2016**

---

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.

#### **SANTÉ PUBLIQUE**

##### Priorités régionales en matière de prévention

Dans le but de prévenir les maladies chroniques en agissant sur les déterminants de la santé, les trois cibles suivantes ont été inscrites à la Planification stratégique 2015-2020 du MSSS :

- Réduire la proportion de fumeurs de 12 ans et plus à 16 %;
- Augmenter la proportion de la population consommant 5 fois par jour ou plus de fruits et légumes à plus de la moitié, soit 50 %;
- Augmenter la proportion de jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports à 51 %.

L'établissement doit prendre les moyens pour favoriser l'atteinte de ces cibles nationales et fournir des bilans qualitatifs des moyens retenus à cette fin.

Les bilans qualitatifs doivent être réalisés à l'aide des gabarits qui seront fournis par le MSSS le 30 septembre 2015, et comprendre un descriptif des activités réalisées pour chacune des cibles. Ils doivent être déposés au plus tard le 31 mai 2016 au MSSS.

#### **SERVICES SOCIAUX**

##### 1. Services sociaux généraux

###### **Offre de services sociaux généraux**

La mise en œuvre de travaux visant l'actualisation des orientations au regard de l'offre de services sociaux généraux, en particulier de terminer le déploiement d'un service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), s'inscrit en cohérence avec ces orientations et en continuité avec le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS. Un état de situation devra être transmis au plus tard le 15 avril 2016.

##### 2. Jeunes et leur famille

L'objectif à l'égard des jeunes en difficulté et leur famille prévu dans le plan stratégique 2015-2020 est de diminuer le taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des motifs de négligence. Le taux moyen provincial des dernières années est de 10,34 sur 1000 jeunes et la cible nationale à atteindre pour 2020 est de 10 jeunes par 1000.

L'atteinte de cet objectif sera rendue possible dans la mesure où les familles aux prises avec une problématique de négligence recevront des services appropriés en temps opportun. Ainsi, l'amélioration des délais d'accès ainsi que la continuité et de la complémentarité entre les services de protection de la jeunesse et les services de première ligne, de même que la consolidation des programmes d'intervention en négligence sont autant d'éléments pouvant contribuer à l'atteinte de cet objectif.

Dans ce contexte, l'établissement devra soutenir la consolidation des programmes d'intervention en négligence dans l'ensemble de son territoire et s'assurer que chacun des programmes locaux implantés fasse l'objet d'un plan visant la bonification de ses composantes. Ce plan, échelonné sur une période maximale de deux ans, devra permettre de conférer le statut de « reconnu efficace » ou « prometteur » à chacun des programmes,

selon les exigences établies dans le formulaire de reddition GESTRED n° 805. Les grilles pour chacun des programmes, découlant du formulaire de reddition GESTRED n° 805, devront avoir été validées au plus tard le 31 mai 2016.

### 3. Personnes ayant une déficience

#### **Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité**

Le Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) 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 (DPAD) en 2008. L'établissement devra compléter le gabarit qui sera fourni par le MSSS d'ici le 30 septembre 2015 et transmettre ce dernier au plus tard le 31 mai 2016.

#### **Ententes de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme**

Les ententes de collaboration favorisent un meilleur arrimage entre les établissements pour éviter des ruptures de services. Ces ententes sont identifiées dans plusieurs orientations ministérielles comme étant un moyen important d'améliorer l'offre de service à la clientèle, notamment dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience et dans le cadre des actions structurantes nationales et prioritaires du bilan en déficience physique, en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.

Toute entente de collaboration signée avec un autre établissement pour la clientèle ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme doit être transmise au plus tard le 31 mai 2016.

### 4. Programme-services Dépendances

En préparation de l'élaboration des nouvelles orientations en dépendance et dans le cadre de la consolidation du déploiement de l'offre de service en dépendance, le MSSS effectue des travaux afin d'assurer la mise en œuvre des actions structurantes prioritaires retenues au regard de deux volets spécifiques de l'offre de service en dépendance dans l'ensemble des régions du Québec : la consolidation des services de première ligne en dépendance sous la responsabilité des établissements ainsi que l'accès aux services de santé pour les usagers de l'offre de service en dépendance.

Concernant la consolidation des services de première ligne en dépendance, il est attendu que les établissements complètent dans GESTRED l'outil de reddition de comptes en lien avec l'indicateur du plan stratégique 2015-2020 du MSSS portant sur le taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance. Cet indicateur fait partie des indicateurs expérimentaux en 2015-2016.

Relativement à l'accès aux services de santé pour les usagers de l'offre de service en dépendance, l'action structurante prioritaire consiste en la mise en place d'une structure de transfert de connaissances et de diffusion des meilleures pratiques destinée aux professionnels œuvrant en dépendance. La contribution attendue des établissements sera de collaborer au déploiement de cette mesure au cours de 2015-2016 et les directeurs concernés des établissements devront assurer le suivi des exigences transmises dans le cadre des rencontres de la Table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance.

### 5. Personnes âgées (programme-services soutien à l'autonomie des personnes âgées)

#### **Le repérage des personnes âgées de 75 ans et plus**

Conformément aux recommandations du Vérificateur général du Québec, le repérage des personnes âgées de 75 ans et plus est essentiel pour identifier les personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie. Le repérage de ces personnes doit se faire à l'aide de l'outil PRISMA 7 ou ISAR et être systématisé à l'urgence des hôpitaux (24/7)



pour la clientèle non connue du soutien à domicile (SAD). Des mécanismes de liaison entre les hôpitaux et les équipes du SAD doivent être convenus et fonctionnels.

Dans le cadre de la reddition de comptes, un état de situation concernant le repérage est demandé pour le 31 mai 2016 et devra inclure :

- Les modalités mises en place pour s'assurer de la systématisation du repérage;
- Le nombre d'usagers de 75 ans et plus repérés à l'urgence;
- Le nombre de personnes repérées «positif» pour lequel un suivi a été effectué.

### **L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public**

Conformément aux recommandations du Vérificateur général du Québec et du Protecteur du citoyen, la pertinence des services offerts aux usagers repose notamment sur l'évaluation de ses besoins et l'élaboration d'un plan d'intervention convenu avec la personne et/ou ses proches. À cet égard, poursuivre au cours de l'année 2015-2016, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), l'évaluation à jour des usagers hébergés dans des lits d'hébergement permanent de CHSLD public. Toute personne hébergée ayant une évaluation à jour devra également avoir un plan d'intervention convenu avec la personne et/ou ses proches.

Le suivi de l'évaluation et des plans d'intervention des personnes en CHSLD public se fera à l'aide d'un formulaire dans l'application GESTRED à la P6 et à la P13. Dans le cadre de la reddition de comptes, un état de situation sur les résultats obtenus est demandé pour le 31 mai 2016. Celui-ci devra préciser les éléments suivants :

- Justification de l'écart entre le pourcentage d'évaluations ciblées et le pourcentage d'évaluations réalisées;
- Justification de l'écart entre le pourcentage d'évaluations à jour et le pourcentage de plans d'intervention;
- Identification des mesures qui seront mises en place pour l'atteinte des cibles.

### **Le respect des balises à l'admission en CHSLD**

Les lits en CHSLD doivent être réservés aux personnes qui en ont le plus besoin dans le but d'en assurer une utilisation efficiente au sein du continuum des services de soutien à l'autonomie. Pour ce faire, des balises de l'admissibilité en CHSLD selon les profils ISO-SMAF ont été diffusées dans le réseau. Ainsi, pour l'exercice 2015-2016, poursuivre les actions nécessaires visant à respecter notamment l'orientation émise afin que 85 % des nouvelles personnes admises dans des lits d'hébergement permanent en CHSLD présentent un profil ISO-SMAF allant de 10 à 14.

Dans le cadre de la reddition de comptes, un état de situation concernant le résultat des profils à l'admission de ces clientèles est demandé pour le 31 mai 2016. Celui-ci devra préciser les éléments suivants :

- Justification de l'écart entre l'orientation émise et le résultat déclaré;
- Identification des mesures qui seront mises en place pour l'atteinte des cibles.

### **Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les Appuis régionaux**

En 2009, le Fonds de soutien aux proches aidants et la Société de gestion pour le soutien aux proches aidants (L'Appui) ont été mis sur pied. La société de gestion pour le soutien aux proches aidants soutient financièrement les Appuis régionaux et les accompagne dans leur développement. Ces derniers mobilisent les acteurs locaux sur les enjeux liés aux proches aidants et appuient financièrement divers projets favorisant le soutien aux proches aidants de personnes âgées, notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Au même titre que les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, les Appuis régionaux agissent de concert avec les organismes locaux dans le but de bonifier l'offre de service s'adressant aux proches aidants notamment par le développement de services d'information, de formation, de soutien psychosocial et de répit. Les Appuis offrent également un service de ligne

téléphonique d'écoute, de soutien et de référence. Il est donc essentiel d'assurer une collaboration étroite entre les CISSS/CIUSSS et les Appuis régionaux.

Pour ce faire, dans le cadre de la reddition de comptes, l'établissement devra produire un état de situation pour détailler les moyens mis en œuvre afin d'assurer la collaboration avec l'Appui de leur région et ainsi favoriser la cohérence et la complémentarité de l'offre de service destinée aux proches aidants de personnes âgées de leur territoire.

L'état de situation devra être réalisé à partir du gabarit fourni par le MSSS au plus tard le 30 juin 2015 et être déposés au 31 mars 2016.

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

### **L'accès aux services spécialisés**

L'accès aux services médicaux spécialisés étant une priorité ministérielle, il est nécessaire que l'établissement coordonne les actions visant à améliorer ces services.

Au 22 avril 2015, lors du dépôt de la phase II du cahier de charge, le MSSS a signifié à chacun des présidents-directeurs généraux des établissements, la liste de livrables à réaliser ainsi qu'un échéancier pour chacun des domaines suivants :

- L'accès à la chirurgie;
- L'accès aux services diagnostiques et thérapeutiques;
- L'accès à la consultation spécialisée.

Un suivi des actions devra être réalisé par le responsable de l'accès de l'établissement. Un gabarit de fiche de suivi a été transmis par le MSSS le 7 mai 2015, celui-ci permettra d'identifier :

- L'état d'avancement des actions proposées par la DMA;
- Les indicateurs requis au suivi du plan d'action;
- Les grandes étapes requises à la réalisation;
- Les échéanciers;
- Les partenaires impliqués.

La fiche de suivi, dûment complétée, doit être transmise au MSSS au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2015. De plus, une mise à jour de cette fiche devra être effectuée aux dates suivantes : 1<sup>er</sup> décembre 2015 et 2 mars 2016. Suite au dépôt de la fiche et de chacune de ses mises à jour, une conférence téléphonique aura lieu aux fins de suivi.

### **L'accès aux services ambulatoires en santé mentale**

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens (MSSS 2005) établit des normes de délais d'accès à tous les services ambulatoires de santé mentale, tant pour les jeunes que pour les adultes. Ainsi, toute personne devrait avoir accès à un traitement de première ligne en santé mentale ou à un traitement dans un service spécialisé de psychiatrie à l'intérieur de 30 jours ou de 60 jours respectivement.

Dans le cadre de la reddition de comptes, le formulaire GESTRED 33 doit être complété à la P6 et à la P13, au regard de la liste d'attente, comprenant :

- Le nombre d'usagers en attente;
- La valeur maximale parmi les délais d'attente;
- Le nombre de cas hors délai.

---

### Accès aux services de première ligne

S'assurer d'appliquer et de faire respecter les modalités prévues au nouveau cadre de gestion des GMF qui sera disponible en cours d'année. Poursuivre le déploiement des GMF par le développement de nouveaux GMF ou par l'ajout de site clinique à des GMF existants.

De façon plus spécifique, en 2015-2016, pour les établissements qui ont sur leur territoire une unité de médecine de famille (UMF) ou un site CLSC (avec des médecins ayant une pratique de première ligne) qui ne sont pas GMF :

- Effectuer la migration d'au moins une UMF vers le modèle GMF (accréditation d'un nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF déjà existant);
- Accréditer un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (comportant des médecins ayant une pratique de première ligne);
- Accréditer un nouveau GMF.

De plus, l'établissement doit évaluer la capacité d'ajouter un site clinique à un GMF existant selon le potentiel de leur territoire.

La responsabilité de l'établissement est de :

1. Soumettre et mettre à jour les recommandations d'accréditation et de renouvellement des GMF au MSSS en conformité avec les lignes directrices émises par ce dernier;
2. S'assurer de la conformité du Répertoire des ressources à l'offre de service réelle des GMF.

De plus, le suivi se fait en continu tout au long de l'année, par l'entremise d'une lettre qui vient confirmer à chaque date d'échéance, l'accréditation ou le renouvellement ainsi que le financement accordé par le MSSS.

### Soins palliatifs de fin de vie

La Loi 2 prévoit un rehaussement de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) qui repose, notamment sur une organisation intégrée, efficace et la plus ajustée possible quant à l'accompagnement des personnes qui requièrent de tels soins. Les SPFV comprennent les soins palliatifs, y compris la sédation palliative continue, de même que l'aide médicale à mourir.

De plus est attendue la poursuite de l'actualisation de la Politique de soins palliatifs de fin de vie particulièrement sous l'angle d'un accès accru aux différents types de ressources. Sont également visés le rehaussement des soins palliatifs à domicile et la continuité dans les trajectoires de soins. Une perspective d'inclusion des maladies autres que le cancer, d'une assurance de la qualité des services offerts et du développement des compétences des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux est aussi prévue.

L'établissement doit se conformer aux exigences de la Loi 2 en vigueur au 10 décembre 2015, soit :

- Par l'élaboration d'une politique relative aux soins de fin de vie d'établissement qui tient compte des orientations ministérielles et des principaux éléments de la Loi, notamment, au regard des soins palliatifs, des directives médicales anticipées et l'aide médicale à mourir;
- Par la mise en place d'un programme clinique des soins de fin de vie devant figurer dans le plan d'organisation de l'établissement ;
- Par la mise à jour du code d'éthique de l'établissement pour y inclure les droits des usagers;

- En s'assurant de la formation du personnel au regard des nouvelles modalités la Loi;
- Par la mise à jour des ententes existantes avec les maisons de soins palliatifs de leur territoire.

D'ici le 31 mars 2016, en complément :

- S'assurer de la formation des préposés aux bénéficiaires œuvrant en CHSLD comme prévu dans le plan de développement des compétences en SPFV du personnel du réseau.

Une lettre confirmant la réalisation de tous ces biens livrables doit être transmise au MSSS au plus tard le 10 novembre 2015.

### **Douleur chronique (suivi)**

#### **Poursuite de la mise en place d'un réseau hiérarchisé de gestion de la douleur chronique**

L'établissement a la responsabilité de développer une offre de services de prise en charge de la douleur chronique sur son territoire, plus particulièrement l'identification de ses installations capables d'assumer les soins et services de deuxième ligne pour la région et les liens avec les services de première ligne.

Un plan d'action triennal doit être élaboré, selon le gabarit fourni par le MSSS d'ici le 1<sup>er</sup> juillet 2015 et contenir notamment les informations suivantes :

- L'organisation de l'offre de service en douleur chronique et la répartition sur le territoire, en portant une attention particulière à l'inclusion des maladies autres que cancéreuses;
- Le suivi des projets en soutien au développement et à la consolidation du centre régional en gestion de la douleur chronique;
- Les corridors de services et les ententes interrégionales si nécessaires pour une desserte optimale de la clientèle.

Le plan d'action doit être transmis au MSSS au plus tard le 15 décembre 2015.

### **FINANCES, IMMOBILISATIONS ET BUDGET**

#### **Stratégie québécoise d'économie d'eau potable**

L'établissement devra poursuivre la mise en œuvre des phases 1 et 2 du programme d'amélioration de l'efficacité de la consommation d'eau potable dans les établissements du RSSS.

La mesure de l'état d'avancement pour la mise en œuvre des phases 1 et 2 qui doit comprendre : les critères essentiels d'organisations (Groupe A), les critères techniques à fort potentiel (Groupe B), les autres critères techniques (Groupe C) et le mesurage de la consommation d'eau potable se fera par l'intermédiaire du formulaire GESTRED n° 630 à la fin de la période P10.

### **COORDINATION**

#### **Politique ministérielle de sécurité civile**

En cohérence avec les objectifs de la Politique ministérielle de sécurité civile – Santé et Services sociaux adopté en mars 2014, le MSSS s'attend, à ce que l'établissement :

- Désigne et maintient une personne responsable qui assure la coordination en sécurité civile pour l'établissement en effectuant les liens nécessaires avec la Direction de la coordination et de la sécurité civile du MSSS, entre les différents acteurs de son organisation ainsi qu'avec les partenaires de sécurité civile;
- Maintient, au sein de l'établissement, une instance de coordination active en sécurité civile, dans le but d'assurer un leadership de coordination. Cette instance doit regrouper des représentants des différents volets et/ou secteurs d'activités tels que le préhospitalier d'urgence, l'hospitalier, la santé de première ligne, le psychosocial, la santé publique, les communications, les ressources humaines, les ressources matérielles, les ressources informationnelles, etc.;

L'établissement devra présenter les résultats attendus aux attentes exprimées par le MSSS à l'aide du formulaire GESTRED conçu à cet effet à la P7 et à la P13 de l'année financière 2015-2016. Il devra également y joindre les documents suivants : le calendrier des rencontres, le plan de travail et la composition de l'instance de coordination en sécurité civile de l'établissement qui identifie les différents volets ou secteurs d'activités représentés.

## **PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ**

### **Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services**

Le ministre a la responsabilité de constituer et de maintenir à jour, à partir du contenu des registres locaux visés à l'article 183.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux.

Dans le même esprit, l'établissement a l'obligation légale d'alimenter et de maintenir à jour le registre local des incidents et accidents, à partir desquels est constitué le Registre national.

Ainsi, l'établissement devra assurer un suivi étroit auprès des installations sous sa responsabilité pour garantir une déclaration complète et continue des accidents/incidents et offrir un accompagnement personnalisé aux installations en défaut pour identifier des solutions durables.

Pour le rapport à paraître à l'automne de chaque année, tous les événements indésirables survenus entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 mars doivent être saisis au plus tard le 15 juin de chaque année.

Un état de situation est attendu pour le 30 avril 2016. À cet effet, un gabarit sera fourni par le MSSS d'ici le 30 septembre 2015. L'ensemble des états de situation permettra par la suite de faire un état de situation ministériel.

L'établissement devra aussi s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel, publié en octobre 2014, en réponse aux recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (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.

## **TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION**

### **Dossier de santé du Québec (DSQ)**

Au cours de l'année 2015-2016, le déploiement du DSQ se poursuit dans l'ensemble du territoire québécois pour les domaines suivants : laboratoire et médicament.

### Imagerie médicale

Poursuivre l'alimentation au DSQ en assurant la phase de transition du RID 1.0 vers le RID 2.0 des départements d'imagerie médicale.

Pour ce faire, les travaux suivants devront être réalisés au 31 décembre 2015 :

- Collaborer aux travaux de rehaussement des spécifications d'intégration au domaine d'imagerie (interfaces HL7);
- Déploiement de l'engin d'interface DSQ-i;
- Participer aux travaux de migration des données vers le nouveau RID.

#### Déploiement des outils de consultation

- Compléter l'ensemble des biens livrables associés au déploiement du DSQ, incluant la demande de réclamation au plus tard le 31 mars 2016.

#### **Dossier clinique informatisé (DCI)**

Le DCI est un outil de gestion de l'information présenté dans une interface simple et transparente, utilisée par les cliniciens et intervenants de la santé habilités à documenter, surveiller et gérer la prestation des soins, des services et ses résultats. Il est le reflet fidèle de l'ensemble des soins et services qui sont prodigués à l'utilisateur et de tout événement le concernant dans son continuum de services au sein de l'établissement. Le DCI est plus que l'équivalent du dossier médical : il soutient le partage de l'information de façon concrète et la livraison des soins et services au client, peu importe son lieu de réalisation au sein de l'établissement.

À cet effet, l'établissement devra produire un plan pour la mise en place d'un DCI pour le 1<sup>er</sup> octobre 2015. Un gabarit sera fourni par le MSSS d'ici le 1<sup>er</sup> juin 2015.

#### **Dossier médical électronique (DME)**

L'entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) concernant le déploiement des DME et du DSQ a été signée en août 2012. Le 4 novembre 2012, le ministre annonçait le Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADMÉ) doté d'une enveloppe de 60 M\$ sur quatre ans. L'objectif national du programme pour 2015-2016 est l'adhésion d'un total de 5 200 médecins et 1 000 infirmières.

L'établissement doit accompagner les cliniques privées, les GMF et les UMF de son territoire pour faciliter leur adhésion et la gestion du changement. Pour ce faire, il a la responsabilité de :

1. Procéder à la nomination d'un responsable DME pour le 1<sup>er</sup> juin 2015.
2. Produire un plan de soutien pour l'adoption et le suivi de l'utilisation des DME pour le 1<sup>er</sup> septembre 2015.

#### **Rehaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)**

Au cours des années à venir, le ministère souhaite rehausser la qualité des renseignements identificatoires des usagers du secteur de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, il compte s'appuyer sur une révision des processus d'identification, une normalisation des renseignements identificatoires, la normalisation des index patients organisationnels et l'utilisation du registre des usagers comme source autoritaire de l'identification des usagers.

Au cours de l'année 2015-2016, le déploiement des IPO se poursuit dans l'ensemble du territoire québécois. À ce propos, l'établissement devra déposer le plan d'évolution du rehaussement de l'identification des usagers et de l'IPO arrimé au registre des usagers pour le 30 septembre 2015. Un gabarit sera fourni par le MSSS le 1<sup>er</sup> juin 2015.

#### **La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles**

Les conditions et modalités relatives aux outils de gestion, déterminées dans le cadre de gestion du Plan de gestion en ressources informationnelles (PGRI) établi dans la

---

circulaire 2012-021 (03.02.30.15), doivent être respectées. Chaque projet doit faire l'objet d'une déclaration et d'une autorisation ministérielle préalable aux appels d'offres et à la réalisation.

Au cours de 2015-2016, les documents suivants devront être produits :

1. La planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI 2016-2019) pour le 30 avril 2015.
2. La programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles (PARI 2015-2016) pour le 30 avril 2015.
3. Le bilan annuel des réalisations en ressources informationnelles (BARRI 2014-2015) pour le 30 juin 2015.
4. Un état de santé des projets (ESP) au 31 mars 2015 pour le 30 avril 2015 et un ESP au 30 septembre 2015 pour le 31 octobre 2015.

### **Regroupement des ressources informationnelles**

Dans le cadre de la mise en place d'une gouvernance unifiée, les plans demandés par le sous-ministre ont été déposés par la grande majorité des régions. Cette mesure prenait appui sur l'objectif gouvernemental de retour à l'équilibre budgétaire et des efforts financiers demandés au réseau de la santé et des services sociaux en optimisant les façons de faire et en privilégiant le partage et la mise en commun du savoir-faire, de l'information, des infrastructures et des ressources.

Au cours de 2015-2016, les documents suivants devront être produits :

1. Documenter l'état des lieux (revue diligente) de la situation des RI sous la responsabilité de votre établissement comprenant notamment l'identification des impératifs de mises en commun des RI de l'établissement ainsi que les opportunités de mise en commun avec d'autres établissements. Transmettre le document au MSSS d'ici le 1<sup>er</sup> septembre 2015.
2. Élaborer le plan d'action pour le regroupement des RI au sein de l'établissement ainsi qu'avec d'autres établissements, comprenant l'estimé des économies annuelles potentielles générées par les mises en commun, pour les trois prochaines années. Transmettre le document au MSSS d'ici le 31 octobre 2015.

### **Mise à niveau d'infrastructures technologiques**

Terminer la mise à niveau des postes de travail (Windows, IE, Office, Lotus Notes) pour le 31 mars 2016. À partir du 1<sup>er</sup> avril 2016, aucun poste Windows XP ne pourra être relié au réseau informatique du RSSS.

### **Sécurité de l'information**

#### Participation au Réseau d'alerte

Assurer la participation du RSSS dans la mise en œuvre d'un réseau d'alerte optimal permettant la déclaration des incidents de sécurité, une prise en charge rapide et concertée, ainsi que des communications adéquates.

En continuité de l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015, l'établissement doit assurer la mise en œuvre de la règle particulière concernant la gestion des incidents de sécurité de l'information et des recommandations associées aux travaux du Réseau d'alerte 2014-2015. Confirmer la fin des travaux de mise en œuvre au plus tard le 31 mars 2016.

**CHAPITRE IV : LES ENGAGEMENTS DU CENTRE EN FONCTION, NOTAMMENT, DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020 DU MSSS**

Le présent chapitre livre le résultat des échanges entre le MSSS et le Centre concernant des objectifs à atteindre en mars 2016, dont ceux du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS. Les orientations du Plan stratégique du MSSS sont les suivantes :

- Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé;
- Offrir des services et des soins accessibles, fluides et de qualité au bénéfice des usagers;
- Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement.

Le tableau qui suit présente, selon les secteurs d'activités, les indicateurs mesurant les objectifs ainsi que les résultats que le Centre s'engage à atteindre pour le 31 mars 2016. Dans le cas où l'indicateur fait partie du Plan stratégique, on y retrouve également les objectifs du Plan ainsi que les cibles à atteindre pour 2020.

Veillez noter que pour les indicateurs qui regroupent des sous-indicateurs, soit les indicateurs 1.45.45.02, 1.45.45.03, 1.45.04, 1.09.32.00, 1.09.34.00, 1.09.35.00, 1.09.36.00 et 1.09.37.00, seuls les engagements de ces indicateurs globaux sont présentés dans l'EGI. Toutefois, des engagements distincts sont demandés pour chacun des sous-indicateurs. Pour les consulter, veuillez vous référer au formulaire n° 910 de l'application GESTRED.

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2015-2016	CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT	OBJECTIFS DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE
<b>Santé publique</b>			
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	75,0	NA	
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90,0	NA	
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	80,0	NA	
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	ND	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier
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	ND	
1.01.24-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des jeunes de 15 à 24 ans	75	ND	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100,0	NA	



INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2015-2016	CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT	OBJECTIFS DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE
<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>			
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	33,0	ND	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale <i>Note : Pour 2015-2016, le MSSS préconise au minimum un maintien des résultats atteints l'an passé en ce qui concerne le degré d'implantation du RSIPA de chaque RLS de votre territoire. Pour cette raison, la valeur « ND » (non disponible) a été inscrite, ce qui signifie qu'aucun engagement chiffré n'a pu être déterminé, mais qu'il sera éventuellement ajouté, en l'occurrence en 2016-2017.</i>	ND	ND	
<b>Soutien à domicile de longue durée</b>			
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	202	ND	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée
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 (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90,0	ND	
<b>Déficiences</b>			
1.45.45.02-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	90,0	NA	
1.45.45.03-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90,0	NA	<input type="checkbox"/>
1.45.45.04-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	90,0	NA	<input type="checkbox"/>
<b>Dépendance</b>			
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80,0	NA	
<b>Santé mentale</b>			
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	18	ND	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2015-2016	CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT	OBJECTIFS DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE
<b>Santé physique-Soins palliatifs et de fin de vie</b>			
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	31	ND	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	1	ND	
<b>Santé physique-Services de première ligne</b>			
1.09.25-PS Nombre total de GMF accrédités	1	ND	4. Améliorer l'accès aux soins et services professionnels de première ligne
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	76,0	ND	
<b>Santé physique-Chirurgie</b>			
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
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
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>			
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente de moins de trois mois pour chacun des types d'examens diagnostiques	90,0	100,0	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables
1.09.35.00-EG2 Pourcentage des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour chacun des types d'examens diagnostiques	90,0	NA	
1.09.36.00-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour chacun des types d'examens diagnostiques	90,0	NA	
1.09.37.00-EG2 Pourcentage des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour chacun des types d'examens diagnostiques	90,0	NA	
<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>			
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance-salaire	7,32	ND	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,65	ND	
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	3,02	ND	
<b>Ressources technologiques</b>			
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	95,0	NA	

NA : ne s'applique pas.

ND : non disponible, une valeur sera éventuellement ajoutée.

---

**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 la main-d'œuvre 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 par la réduction de la structure d'encadrement et l'implantation d'une gestion axée sur la performance.

**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**

En juin 2014, le Discours sur le budget 2014-2015 annonçait le dépôt d'un projet de loi permettant un gel global des effectifs dans les secteurs public et parapublic ainsi que pour les sociétés d'État et la mise en place d'un processus de dénombrement plus complet que celui qui existe actuellement.

La Loi sur le contrôle et la gestion des effectifs (LCGE) a été adoptée en décembre 2014. Celle-ci exige que le niveau d'effectif global pour chaque période mensuelle allant du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 mars 2016 soit équivalent à la somme des effectifs pour la période correspondante de l'année précédente.

Le MSSS a communiqué au réseau, le niveau mensuel des heures rémunérées à respecter à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015. Ce dernier est basé sur les données de 2014 colligées par les agents payeurs qui sont transmises au MSSS.

Les données devant être transmises mensuellement par le ministre au président du Conseil du trésor sont les heures rémunérées en distinguant les heures travaillées et les heures supplémentaires, ainsi que le nombre de personnes, exprimées en termes d'équivalent temps complet (ETC). Advenant un dépassement des heures pour une période, il faudra être en mesure d'en expliquer, selon des modalités à venir, les causes et de démontrer que des mesures correctrices sont mises en place pour rectifier la situation. Le soutien du réseau dans ces démarches est primordial.

Comme précisé dans la loi, la gestion de l'effectif par un établissement doit s'effectuer de façon à maintenir les services offerts à la population.

**Amélioration de la performance**

Dans la perspective de favoriser le déploiement d'une gestion axée sur la performance, le MSSS souhaite appuyer le développement d'une culture organisationnelle dont les actions sont guidées par un souci constant d'améliorer les services cliniques et

administratifs. Cette démarche d'amélioration doit être rigoureuse, structurée et favoriser les initiatives dont les résultats seront concrets, mesurables et significatifs en termes de qualité des services, d'accessibilité pour l'utilisateur et d'optimisation des ressources.

Pour y parvenir, l'établissement devra assurer le développement d'une culture de gestion intégrée de sa performance, notamment par la mise en place de pratiques de gouvernance appuyant le déploiement d'initiatives alignées avec la planification stratégique du MSSS. De plus, l'établissement doit accompagner ses gestionnaires de niveaux stratégique, tactique et opérationnel dans l'augmentation de leurs compétences en matière d'amélioration de la performance.

Plus précisément, en 2015-2016, l'établissement devra déposer un portefeuille de projets au 1<sup>er</sup> novembre de chaque année, lequel regroupera tous les projets visant l'amélioration de la performance de l'établissement, à l'exclusion de l'immobilisation et de l'informatique, ainsi qu'un plan d'action. Ce dernier devra préciser les objectifs de maturité organisationnelle qui devront être atteints pour chaque année d'ici 2020, à raison de deux éléments pour l'année 2015-2016 et cinq éléments pour les années suivantes.

---

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

---

Ce chapitre précise l'engagement de l'établissement, d'une part, 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, à respecter les règles régissant l'allocation 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 à l'enveloppe budgétaire**

Votre établissement disposera pour 2015-2016 d'une enveloppe qui correspond à l'enveloppe régionale de 2014-2015 et qui tient compte de :

- La récurrence des montants déjà signifiés pour l'exercice 2014-2015, montants ajustés des bases annuelles ou annualisations qui vous ont été confirmés;
- L'évolution des coûts reliés à l'indexation des salaires au 31 mars 2015, 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 1,02 %.

L'enveloppe initiale intègre, entre autres, les éléments suivants :

**1. Mesures de réduction***Révision de la gouvernance*

Le budget 2015-2016 prévoit des mesures de réduction découlant de la Loi. Ainsi, des mesures de 220,0 M\$ pour l'ensemble de la province s'appliqueront. Ces mesures ne doivent pas affecter les services à la population. Elles visent plutôt l'application de mesures administratives notamment celles touchant l'objectif de réduction de la bureaucratie et du niveau d'encadrement-conseil.

*Amélioration de la pertinence des soins et services en santé physique*

Cette démarche se traduit par une meilleure productivité des organisations et exercer un choix plus judicieux des services et soins pour rétablir l'état de santé des bénéficiaires. L'objectif demandé à l'établissement est de 400 000 \$, spécifiquement dans le secteur de la santé physique.

*Effort additionnel*

Un effort additionnel sur le plan administratif est aussi demandé. Il vise notamment le volet administratif que l'on retrouve dans les autres programmes que la santé physique et comprend également l'effort demandé aux technocentres, mais exclut le programme-service de la Dépendance. Pour votre établissement l'objectif est fixé à 100 000 \$.

*Approvisionnement en commun*

Afin de favoriser l'augmentation de regroupement des achats en matière de biens et services pour l'ensemble du réseau, un effort de 100 000 \$ est demandé à l'établissement.

**2. 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 tarifs sont révisés afin de respecter l'enveloppe budgétaire dédiée à cette activité. L'information sera transmise dans une communication ultérieure.

### **3. Règles budgétaires pour l'exercice 2015-2016**

L'allocation est également soumise à certaines règles régissant sa transférabilité. En effet, la transférabilité de l'allocation 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.

### **4. Loi sur l'équilibre budgétaire**

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

À cet égard, votre établissement doit produire les informations et documents prescrits 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, votre établissement doit soumettre, dès le constat que l'équilibre budgétaire est compromis, un plan de retour à l'équilibre budgétaire dûment adopté par votre conseil d'administration.

---

**CHAPITRE VII : IMPUTABILITÉ DU CENTRE**

---

Le Centre 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 Centre 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 fiabilité et leur validité, règles auxquelles sont assujettis les systèmes d'information qui les produisent. On considère qu'une information est valide et fiable lorsqu'elle est conforme à la réalité, exacte, intégrale et constante. À titre d'exemple, le Centre devra s'assurer, avec son pilote de systèmes d'information, du respect des règles de validité pour l'ensemble de ses installations. La présidente-directrice générale (PDG) du Centre atteste de la fiabilité et de la validité 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 Loi sur les services de santé et les services sociaux, un rapport annuel de gestion qui contiendra, notamment, une déclaration de la PDG de l'établissement attestant 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.

---

**CHAPITRE VIII : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES**

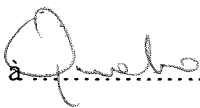
---

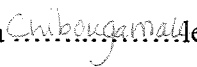
L'EGI est un document public, conformément aux dispositions de l'article 182.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour la durée de cette 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 Loi sur les services de santé et les services sociaux, cette Entente peut être suspendue ou annulée par le ministre.

Signé à  le 02/07 2015

Signé à  le 18 juin 2015

Le sous-ministre de la Santé  
et des Services sociaux

La présidente-directrice générale du  
Centre régional de santé et de  
services sociaux de la Baie-James

Entente originale signée