

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 DE L'ESTRIE - CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE**

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 de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

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 de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;
- 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 de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, incluant ses établissements regroupés, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Estrie, le Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. 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 DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE**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 de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

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^{er} 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 À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE 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^{re} 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).
- D'implanter le DCI Cristal Net notamment dans les réseaux locaux de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska en impliquant l'équipe du DCI Ariane et d'envisager des avenues pour conserver et poursuivre l'évolution de la base de données cliniques du CHUS (historique de 25 ans) avec l'Université de Sherbrooke.

- 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.
- Mettre en place, selon les échéanciers et modalités convenus avec le MSSS, le Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise.
- De gérer les subventions aux organismes communautaires admissibles de la région en consultant les autres établissements de la région, le cas échéant et au besoin.
- De s'assurer que le directeur de santé publique établisse et mette en œuvre le plan régional de santé publique prévu par la Loi sur la santé publique et la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales en tenant compte des particularités territoriales et en consultant les partenaires concernés de la région. S'assurer que le directeur de santé publique coordonne les services et l'utilisation des ressources pour l'application du plan régional de santé publique sur l'ensemble du territoire régional.
- De s'assurer que les informations sur l'état de santé de la population de la région sont tenues à jour et accessibles.
- De poursuivre la gestion du mécanisme régional d'accès en place pour tous les services déterminés par le ministre et, au besoin, mettre en place de nouveaux mécanismes.
- De maintenir un fichier des ressources intermédiaires et de type familial ayant conclu une entente avec un établissement de la région, par type de clientèle.
- De gérer l'attribution des lits d'hébergement des centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés.
- De poursuivre avec les CISSS de la Montérégie les travaux relatifs au transfert des territoires de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska afin de permettre la prise en charge adéquate de toutes les clientèles de ces territoires en regard des corridors à établir pour les clientèles DI-TSA-DP avec la Montérégie-Ouest et le transfert des activités du préhospitalier et de l'infosanté et social avec le CISSS de la Montérégie-Centre ainsi que les activités régionales transversales (ex-Agence).
- De finaliser le dossier d'opportunité pour le projet Mère-enfant / urgence de Fleurimont avec le MSSS et la SQI dans le but d'obtenir une approbation par le Conseil du Trésor et de poursuivre avec le dossier d'affaires dans les meilleurs délais.
- De soutenir les nouvelles initiatives d'accompagnement de la communauté de Lac-Mégantic axées sur les données récentes de l'étude réalisée par la Santé publique.
- De convenir, avec le MSSS, du rôle qui pourrait être confié au Centre de recherche du CHUS pour la production de radio-isotopes pour le Québec.
- De mener des travaux de recherche sur les bénéfices de la présence d'un CHU dans un CIUSSS.

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**.

SANTÉ PUBLIQUE

BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES

Contexte

Objectifs du Plan stratégique 2015-2020 suivants : réduction des fumeurs, augmentation de la consommation des fruits et légumes et augmentation des jeunes actifs durant les loisirs et les transports.

Description

Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.

Format

Bilan : gabarit produit par le MSSS

Date de transmission au MSSS

Le 30 avril 2017

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

LISTE DES INSTALLATIONS ET ORGANISMES AU SEIN DU RSSS DEVANT IMPLANTER LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITINÉRANCE

Contexte

Dans le cadre du « Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance », une des actions visant à adapter les services sociaux et les services de santé aux besoins et aux réalités des personnes itinérantes consiste à élaborer un protocole d'intervention en matière d'itinérance et implanter ce protocole dans les établissements et organismes ciblés.

Description

L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents.

La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur « Pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance » du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS.

Format

Liste Word : gabarit produit par le MSSS

Date de transmission au MSSS

Le 18 novembre 2016

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 post-aigus 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 post-aigus 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^{er} juin 2016

États de situation : le 1^{er} septembre 2016 – le 1^{er} décembre 2016 – le 1^{er} 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^{er} 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

MISE EN PLACE DES CONDITIONS PRÉALABLES AU FONCTIONNEMENT DE LA BIOLOGIE MÉDICALE SOUS LE FORMAT DES GRAPPES OPTILAB

Contexte

La réorganisation en grappes des laboratoires de biologie médicale demande la mise en place d'une gouvernance spécifique de ce secteur. Des mesures visant la qualité et la sécurité des nouvelles pratiques doivent aussi être implantées.

Description

L'établissement serveur doit assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en place d'une gouvernance permanente de cette grappe et devra aussi avoir présenté un plan de transition pour assurer la fonctionnalité du système d'information de laboratoire en support à la centralisation des analyses et une cartographie des routes optimisées pour le transport des échantillons, ainsi qu'un plan de transformation de leur laboratoire serveur.

Formats

État de situation de la mise en place d'une gouvernance
État de situation du plan de transition
Cartographie

Date de transmission au MSSS

Le 20 janvier 2017 pour les trois 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

COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

Contexte

Le gouvernement prévoit la formation de comités régionaux qui auront comme mandat de donner leur avis aux établissements sur les programmes d'accès aux services en langue anglaise, d'évaluer ces programmes d'accès et, le cas échéant, d'y suggérer des modifications.

Description

La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le conseil d'administration de l'établissement. Une résolution du conseil d'administration de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise.

Format

Courriel : copie de la résolution du conseil d'administration de l'établissement

Date de transmission au MSSS

Le 30 septembre 2016

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

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
Santé publique			
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en oeuvre des interventions globales et concertées en promotion et en prévention de la santé selon l'approche École en santé (AÉS)	70,0	NA	
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90,0	NA	
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	85,0	NA	
Plan stratégique 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	950	950	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
Santé publique – Infections nosocomiales			
Plan stratégique 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95,0	95,0	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2016-2017	CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT	OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020
Plan stratégique			
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95,0	95,0	
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)	95,0	95,0	
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	
Services généraux			
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	
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)			
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	62,50	NA	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées
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	50,00	NA	
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	66,70	100,00	
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus	85,0	NA	
Soutien à domicile de longue durée			
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	10 430	11 413	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 d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	80,0	90,0	

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2016-2017	CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT	OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020
Déficiences			
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	90,0	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	90,0	NA	☐
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	90,0	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	90,0	NA	☐
Plan stratégique 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	75,00	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)
Dépendance			
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	
Plan stratégique 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	75,0	90,0	15. Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau
Santé mentale			
Plan stratégique 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	594	790	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves
Plan stratégique 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	185	277	
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	82	NA	
Santé physique - Urgence			
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,88	11,00	5. Réduire le temps d'attente à l'urgence
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	60,3	85,0	

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2016-2017	CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT	OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020	
Plan stratégique				
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	65,0	85,0		
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie				
Plan stratégique				
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 643	1 841	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	55	49		
Santé physique - Services de première ligne				
Plan stratégique				
1.09.25-PS Nombre total de GMF	25	26	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	80,00	85,00		
Santé physique - Chirurgie				
Plan stratégique				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	0	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables	
Plan stratégique				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90,0	90,0	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer	
Plan stratégique				
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		
Santé physique - Imagerie médicale				
Plan stratégique				
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	66,0	100,0	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables	
Plan stratégique				
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	66,0	100,0		
Plan stratégique				
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	66,0	100,0		
Plan stratégique				
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	66,0	100,0		
Plan stratégique				
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	66,0	100,0		

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2016-2017	CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT	OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020
<u>Plan stratégique</u>			
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	66,0	100,0	
<u>Plan stratégique</u>			
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	66,0	100,0	
<u>Plan stratégique</u>			
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	66,0	100,0	
Hygiène et salubrité			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	NA	
Ressources humaines			
<u>Plan stratégique</u>			
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,50	6,07	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
<u>Plan stratégique</u>			
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,80	2,93	
<u>Plan stratégique</u>			
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante	0,43	0,45	
Ressources technologiques			
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	95,0	NA	

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^{er} 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'efficacités 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 de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 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 À L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE DESTINÉE AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RÉGIONAUX ET AU BUDGET DE L'ÉTABLISSEMENT

ENVELOPPE BUDGÉTAIRE DESTINÉE AU FINANCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RÉGIONAUX

Une enveloppe budgétaire initiale destinée au financement des organismes communautaires régionaux, dont l'allocation est de responsabilité régionale, est disponible pour votre établissement. Cette enveloppe budgétaire correspond à celle de l'année financière 2015-2016 ajustée d'éléments déjà confirmés et indexée d'un taux de croissance de 1,2 %.

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^{er} 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 810 400 \$ 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 9 551 200 \$.

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 1 368 800 \$ 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 DE L'ESTRIE – CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE**

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. La présidente-directrice générale (PDG) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke 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 de la 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.

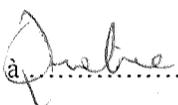
CHAPITRE VIII : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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  le 13/07/2016

Le sous-ministre de la Santé
et des Services sociaux

Signé à  le 9 juin 2016

La présidente-directrice générale du
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire de Sherbrooke

Entente originale signée