

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2014-2015

ENTRE

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

DE LA MONTÉRÉGIE

ET

LE CSSS DE VAUDREUIL-SOULANGES

2014

INTRODUCTION

L'Entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015 (EGI) représente un outil permettant à l'agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Agence) et aux établissements de la région de définir les relations qu'ils entretiennent dans la gestion du réseau de services. Elle traduit sur le plan opérationnel les exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) quant aux orientations à donner au réseau de services et à son évaluation. Il s'agit ipso facto de l'outil privilégié par les directeurs généraux pour préciser les attentes et les orientations du Ministère face à leur réseau pour la nouvelle année.

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

- Des orientations régissant l'offre de service du réseau de la Montérégie :

L'EGI prévoit les engagements de l'Établissement au regard des axes d'intervention, des objectifs et des indicateurs des plans stratégiques ministériel et régional 2010-2015, et ce, par la contribution apportée par l'Établissement aux fins de la réalisation des objectifs fixés.

- Des orientations concernant l'optimisation de certains secteurs du réseau de services.
- Des priorités ministérielles.

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 MSSS, de l'Agence et ceux de l'Établissement, 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 à 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 agences et des établissements, sont jugés structurants et stratégiques par les ministres pour l'évolution du réseau.
- Le chapitre III présente les priorités régionales identifiées par les directions générales du MSSS et celles identifiées par le Président-directeur général (PDG) de l'Agence.
- Le chapitre IV livre le résultat des échanges entre l'Agence et l'Établissement quant aux engagements convenus avec ce dernier au regard du plan stratégique régional en accord avec le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS. Il contient une présentation des indicateurs, des engagements 2014-2015 que l'Établissement mettra en œuvre durant l'année pour donner suite aux exigences ministérielles et régionales, ainsi que les cibles de la planification stratégique à atteindre en 2015.
- 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, ainsi que les résultats attendus.
- Le chapitre VI 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 l'Agence et, d'autre part, à respecter les règles régissant l'allocation budgétaire.
- Le chapitre VII précise l'imputabilité de l'Établissement et exige de celui-ci qu'il produise un bilan de sa performance.
- 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.

Dans cet esprit, la présente entente de gestion et d'imputabilité précise l'imputabilité de l'Établissement, tel que stipulé aux articles 182 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., ch. S-4.2. Pour ce faire, l'Entente rappelle les attentes du PDG et du ministre à l'égard de l'actualisation du plan stratégique régional en lien avec le plan stratégique du MSSS couvrant la période 2010-2015. Elle rappelle également les engagements financiers de l'Agence, à soutenir l'Établissement de même que les actions que ce dernier doit entreprendre pour y répondre.

2. OBJET DE L'ENTENTE

Cette Entente de gestion et d'imputabilité, comme prévu à l'article 182.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, est un contrat liant l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et l'Établissement. Ce contrat est la conclusion d'échanges ayant pour objet l'offre de service déployée sur le territoire de l'Établissement pour répondre aux besoins de santé et de bien-être de sa population, considérant les ressources humaines et financières mises à sa disposition. L'EGI rappelle aussi les attentes du ministre et du PDG à l'égard de l'actualisation des plans stratégiques régional et local, en accord avec le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS.

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 la performance du réseau de services afin de respecter ses orientations et d'atteindre ses objectifs et ses priorités annuelles. 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 DE L'AGENCE

Respecter l'équilibre budgétaire

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

Respecter les orientations et les priorités ministérielles

L'Agence 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

L'Agence s'engage à atteindre les objectifs de résultats, fixés par le MSSS au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), conformément au plan stratégique ministériel en vigueur et à son plan stratégique régional. Ces objectifs sont mesurables par le suivi d'indicateurs précis.

Pour remplir ses obligations, l'Agence doit convenir d'ententes de gestion et d'imputabilité avec tous les établissements publics et privés conventionnés offrant des services de santé et des services sociaux sur son territoire. Elle s'assure également que les engagements que contiennent les ententes qu'elle signe avec ces établissements respectent les orientations et l'atteinte des objectifs fixés par le MSSS. L'Agence est responsable des engagements des établissements de son territoire et des échanges requis pour les obtenir.

Maintenir l'offre de service

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

Donner suite aux priorités ministérielles d'optimisation

L'Agence s'engage à actualiser les priorités d'optimisation identifiées par le ministre.

Donner suite aux priorités ministérielles en matière de ressources humaines

Pour répondre au défi de la main-d'œuvre, plusieurs solutions ont été avancées pour améliorer l'attraction, la rétention du personnel en place et l'amélioration de l'organisation du travail et du climat de travail. C'est pourquoi l'Agence devra convier l'ensemble des établissements de son territoire à relever les défis des prochaines années en misant sur les orientations et axes d'intervention en matière de ressources humaines contenus au Plan stratégique 2010-2015 du MSSS.

Imputabilité de l'Agence

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

5. ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT

Respecter l'équilibre budgétaire

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

Respecter les orientations et les priorités ministérielles

L'Établissement s'engage à respecter les orientations et les priorités définies par le Ministère et l'Agence et 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

L'Établissement s'engage à atteindre les objectifs de résultats fixés par le Ministère et l'Agence conformément au plan stratégique ministériel et régional. Ces objectifs sont mesurables par le suivi d'indicateurs précis.

Pour remplir ses obligations, l'Établissement convient d'une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence. L'Établissement est responsable des engagements et des résultats obtenus sur son territoire.

Maintenir l'offre de service

L'Établissement s'engage, à moins de conditions particulières précisées dans l'Entente, à assurer le maintien des services offerts sur son territoire. Il doit également justifier au président-directeur général de l'Agence toute baisse non prévue du niveau de services dont il assure l'offre.

Donner suite aux priorités ministérielles d'optimisation

L'Établissement s'engage à actualiser les priorités d'optimisation identifiées par le ministre.

Donner suite aux priorités ministérielles en matière de ressources humaines

Pour répondre au défi de la main-d'œuvre, plusieurs solutions ont été avancées pour améliorer l'attraction, la rétention du personnel en place et l'amélioration de l'organisation du travail et du climat de travail. À cet effet, l'établissement est convié, par sa participation, à relever les défis des prochaines années en misant sur les orientations et axes d'intervention en matière de ressources humaines contenus au Plan stratégique 2010-2015 du MSSS.

Imputabilité de l'Établissement

L'Établissement doit s'assurer de mettre en place les structures chargées d'assumer les engagements et responsabilités dévolus par l'Entente de gestion et d'imputabilité.

6. DURÉE DE L'ENTENTE

La ratification d'une entente de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et l'Établissement constitue une exigence annuelle. La présente EGI couvre l'année financière 2014-2015, soit du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015.

CHAPITRE II : LES PRIORITÉS DES MINISTRES 2014-2015

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 qui se traduisent par les chantiers prioritaires suivants :

- Le respect de l'équilibre budgétaire sans affecter les services à la population.
- Lors du budget 2014-2015, le gouvernement a réitéré son engagement à procéder à une révision de l'ensemble des programmes gouvernementaux. Dans le cadre de cet examen, le MSSS et son réseau seront appelés à collaborer à la révision de programmes et, le cas échéant, à participer activement à la mise en œuvre des recommandations et orientations issues de la révision des programmes.
- L'implantation d'un système de financement axé sur le patient constitue une priorité pour le MSSS. À cet égard, les agences seront appelées à participer, dès cette année, à divers travaux préparatoires à l'implantation de ce mode d'allocation. Des efforts devront donc être consentis à cet égard.
- Lors du budget 2014-2015, le gouvernement a indiqué qu'il mettra en place des mécanismes visant à gérer les effectifs dans la fonction publique et dans les réseaux, notamment celui de la santé et des services sociaux. Les modalités de contrôle des effectifs seront déterminées au cours de l'automne 2014. Les agences seront appelées à mettre en place, avec les établissements de leur territoire, les mécanismes qui seront déterminés par le gouvernement en cours d'année.
- Au cours des prochaines années, le gouvernement a l'intention de mettre en place 50 super cliniques, afin de rehausser l'accès aux services pour la population. Dès 2014-2015, quelques cliniques pourraient être mises en place. À cet égard, les agences devront participer à la mise en place de ces cliniques.
- L'amélioration de l'accès et de l'organisation des services de première ligne passe par l'augmentation du nombre d'infirmières praticiennes de première ligne (IPS-SPL). L'objectif est donc d'augmenter le nombre d'IPS-SPL dans le réseau. L'atteinte de l'objectif exigera un partenariat interministériel et une collaboration des différents acteurs du réseau de la santé. Chaque agence sera responsable du déploiement de ces professionnelles selon le plan d'effectifs ajusté par le MSSS.

De plus, afin de répondre aux besoins de la population, les autres dossiers considérés par les ministres sont les suivants :

- L'adoption d'une politique gouvernementale de prévention en santé constitue un levier qui permettra, à terme, de faire d'importants gains en matière de santé. Cette politique intersectorielle permettra d'agir plus efficacement sur l'ensemble des déterminants de la santé.
- La révision du Programme national de santé publique (PNSP) vise à actualiser l'offre de service en santé publique. Les travaux qui seront menés à cet égard, en 2014-2015 devraient permettre de renforcer les interventions préventives dans le système de santé et de services sociaux, et en partenariat avec d'autres secteurs d'activités. Le réseau est interpellé pour soutenir l'élaboration du PNSP, notamment par la participation de décideurs, de gestionnaires et de professionnels des trois paliers à divers comités et groupes de travail.
- L'adaptation du réseau pour faire face au vieillissement de la population et répondre au désir des personnes de vivre plus longtemps dans leur milieu de vie représente un défi majeur.

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes adultes (personnes âgées [PA], personnes ayant une déficience physique [DP], une déficience intellectuelle [DI] ou un trouble envahissant du développement [TED]), des transformations cliniques dans la manière de fournir des services, tant en ce qui a trait à la prestation de services, l'organisation du travail qu'aux rôles et responsabilités des intervenants, sont à effectuer dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours de la présente année et devront se poursuivre dans l'avenir.

- Le lancement, en février 2014, de la Politique nationale de lutte à l'itinérance – Ensemble pour éviter la rue et en sortir permettra de poursuivre les efforts déployés afin de prévenir et contrer le phénomène de l'itinérance au Québec en proposant une stratégie globale et inclusive d'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Par ailleurs, le plan d'action qui en découlera soutiendra la mise en œuvre d'actions structurantes visant à prévenir et contrer ce phénomène.
- L'accès aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience, plus particulièrement pour les personnes autistes dont la prévalence est en forte hausse, devra être amélioré afin de diminuer les listes d'attente, notamment par l'optimisation des services directs aux personnes. 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 consolidation des services aux jeunes en difficulté et à leur famille se fera en améliorant la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie des enfants par l'implantation des programmes d'intervention en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu. Cette consolidation se fera également par la mise en place de mécanismes de collaboration et de concertation, soit les équipes d'intervention jeunesse (EIJ), les ententes de collaboration entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les centres jeunesse (CJ) et les ententes de complémentarité des services entre le RSSS et le réseau de l'éducation.
- L'accroissement de l'accès à la gamme de services en santé mentale : pour y arriver, les chantiers découlant du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 – La force des liens seront déterminants, de même que le prochain Plan d'action dont les enjeux principaux seront les services aux jeunes et l'optimisation de la contribution du médecin de famille; première porte où les citoyens frappent pour accéder aux services en santé mentale.
- Le déploiement de certaines mesures relatives aux programmes en oncologie devra être réalisé, dans le but d'améliorer l'accès à certains services. Les normes relevant de la Direction québécoise de cancérologie devront être mises en place pour assurer la qualité des soins en cancérologie.

Politique gouvernementale de prévention en santé

Des travaux sont en cours en vue de finaliser un avant-projet de politique gouvernementale de prévention en santé.

Considérant l'importance que représente pour la société québécoise la prévalence des problèmes de santé évitables, notamment les maladies chroniques, il importe de faire davantage de prévention et de s'assurer que la santé est mieux prise en compte dans les décisions publiques. Cette politique, à portée nationale, vise à accroître la cohérence et l'efficacité de l'activité gouvernementale en faveur de la santé, et ce, en s'inspirant des pratiques reconnues et éprouvées au niveau international en matière d'actions sur les déterminants de la santé.

Elle a aussi comme objectif de mobiliser les décideurs de tous les paliers de gouverne et les acteurs des différents secteurs d'activités autour d'actions efficaces sur les déterminants de la santé, dont les habitudes de vie, l'environnement physique et l'environnement social. La mise en œuvre de cette politique favorisera également une

plus grande intégration de la prévention dans les pratiques cliniques et les continuums de services de santé et de services sociaux.

Des mécanismes de suivi et de soutien à la mise en œuvre des mesures de la politique aux paliers national, régional et local sont également à prévoir. Les agences de la santé et des services sociaux devront notamment intensifier leurs efforts de mobilisation et de soutien auprès des acteurs intersectoriels qui ont une influence sur les déterminants de la santé (municipalités, milieux scolaires, milieux communautaires, etc.), de même qu'auprès des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

À cet effet, le MSSS s'attend à ce que les différentes directions des agences de la santé et des services sociaux contribuent à la mise en œuvre de la Politique gouvernementale de prévention en santé, selon les modalités qui seront convenues.

Révision du Programme national de santé publique

En complément avec la Politique gouvernementale de prévention en santé, le Programme national de santé publique structure l'offre de services de santé publique dans une perspective de cohérence et d'efficacité. Celui-ci sera révisé dès la présente année, et ce, comme prévu par la Loi sur la santé publique.

La démarche, déjà amorcée, représente un important levier pour optimiser les actions de prévention au sein du système de santé et de services sociaux.

Il est demandé aux directions de santé publique de soutenir l'élaboration du futur Programme national de santé publique suivant les processus qui seront mis en place.

Démarche d'amélioration des services de soutien à l'autonomie des personnes adultes

L'adaptation du réseau pour faire face au vieillissement de la population et répondre au souhait des personnes de vivre plus longtemps dans leur milieu de vie représente un défi majeur.

Pour ce faire, le MSSS a entrepris une démarche visant à soutenir les transformations amorcées dans le réseau en matière de soins et de services offerts à domicile à long terme aux personnes adultes (personnes âgées [PA], personnes ayant une déficience physique [DP], une déficience intellectuelle [DI] ou un trouble envahissant du développement [TED]). Celle-ci vise, notamment, à répondre à des recommandations et des préoccupations formulées par le Vérificateur général du Québec, le Protecteur du citoyen, la Commission de l'administration publique et le Commissaire à la santé et au bien-être.

La démarche est basée vers la participation de l'utilisateur aux décisions qui le concernent (patient-partenaire) et vers le soutien de l'autonomie, tant décisionnelle que fonctionnelle. Elle implique donc de fournir des alignements clairs aux établissements du réseau et de les accompagner dans l'appropriation des changements cliniques en ce qui concerne, entre autres, le repérage, l'évaluation, l'identification des besoins, le plan d'intervention, le choix des services, les ententes avec les prestataires, la prestation de services et l'évaluation de la satisfaction de l'utilisateur.

Afin de soutenir le réseau dans ce changement, le MSSS effectue des améliorations aux outils cliniques et administratifs ainsi qu'aux systèmes d'information existants. Une première étape a été franchie en avril 2014 avec le déploiement du plan de services individualisé et d'allocation de services (PSIAS). La politique qui portera sur le soutien à l'autonomie à domicile, dont la diffusion est prévue en 2015, viendra appuyer ce changement entrepris.

Politique nationale de lutte à l'itinérance – Ensemble pour éviter la rue et en sortir

Le lancement, en février 2014, de la Politique nationale de lutte à l'itinérance – Ensemble pour éviter la rue et en sortir permettra de poursuivre les efforts déployés afin de prévenir et contrer le phénomène de l'itinérance au Québec en proposant une stratégie globale et inclusive d'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le

devenir. Par ailleurs, le plan d'action qui en découlera soutiendra la mise en œuvre d'actions structurantes visant à prévenir et contrer ce phénomène.

Le phénomène de l'itinérance va au-delà des personnes sans domicile, il concerne aussi celles qui présentent de hauts risques de désaffiliation sociale. L'aggravation et le caractère complexe des problèmes qui y sont associés commandent plus que jamais d'agir de façon concertée et coordonnée afin d'assurer une réponse adaptée aux besoins des personnes les plus vulnérables de notre société. La Politique nationale de lutte à l'itinérance a pour objectif de rendre compte d'une stratégie globale pour prévenir et contrer l'itinérance au Québec. Elle insiste sur la nécessité d'une responsabilité partagée, d'agir sur les dimensions sociales et structurelles de ce phénomène et de prendre en compte la réalité et les besoins spécifiques des personnes.

À cet effet, il est attendu que les différentes directions des agences de la santé et des services sociaux contribuent à la diffusion de la Politique nationale de lutte à l'itinérance et de la mise en œuvre du prochain Plan d'action interministériel en itinérance 2014-2019, selon les modalités qui seront convenues.

L'accès aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience

En juin 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux lançait le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble. Le plan d'accès poursuit l'objectif d'assurer l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (DP et DI-TED) à l'intérieur de délais raisonnables, de même que d'optimiser et d'harmoniser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation de ceux-ci. La consolidation du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience constitue un levier permettant de soutenir l'amélioration de l'accès aux services, notamment pour la clientèle autiste.

Les activités socioprofessionnelles et communautaires

En avril 2013, la ministre déléguée aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse a créé un groupe de travail sur l'organisation des activités socioprofessionnelles pour les personnes de 21 ans et plus ayant une déficience. Les travaux ont permis de faire le point sur la situation en nommant les problèmes actuels et les besoins ainsi qu'en identifiant des pistes d'amélioration pour assurer des services de qualité répondant réellement aux besoins des personnes concernées et de leurs familles. Un rapport présentant la conclusion de ces travaux sera soumis prochainement à la ministre déléguée. Les éléments de ce rapport feront donc l'objet de futures orientations et d'actions à concrétiser au sein du réseau de la santé et des services sociaux et qui mettront à profit autant les services de première et de deuxième lignes que le milieu communautaire. De plus, des travaux devront se poursuivre avec les autres ministères concernés afin d'établir une vision commune et un continuum de services.

Soins palliatifs et de fin de vie

Le 5 juin dernier, le gouvernement adoptait la Loi concernant les soins de vie qui sera en vigueur en décembre 2015. Cette loi vient assurer, aux personnes en fin de vie, des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie.

Cette loi précise les droits relatifs aux soins de fin de vie et vient définir l'organisation et l'encadrement de ces soins, dont les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir. Elle précise à cet égard les responsabilités des différents acteurs impliqués et prévoit des exigences particulières relatives à certains soins, dont la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir. Cette nouvelle législation aura donc un impact sur l'organisation des services et sur l'offre du réseau quant aux soins palliatifs et de fin de vie.

Enfin, la Loi met en place au moyen de deux règlements, le registre des directives médicales anticipées qui aura des impacts directs sur le respect des volontés de soins exprimés par les citoyens et elle crée la Commission sur les soins de fin de vie.

Son entrée en vigueur entrainera la mise en œuvre des différentes mesures et constituera une priorité pour le réseau de la santé et des services sociaux.

Un plan régional devra être mis en place, au plus tard le 31 décembre 2014, afin de soutenir les établissements et s'assurer qu'ils répondent aux exigences déterminées par la Loi et dans les délais prescrits.

Jeunes et familles

Services aux jeunes et à leur famille

Dans le cadre des services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille, améliorer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie des enfants par l'implantation des programmes d'intervention : en négligence, en intervention de crise et en suivi intensif dans le milieu, ainsi que par la mise en place de mécanismes de collaboration et de concertation, soit les équipes d'intervention jeunesse, les ententes de collaboration entre les CSSS et les CJ et les ententes de complémentarité des services entre le RSSS et le réseau de l'éducation.

Jeunes en difficulté d'adaptation et d'apprentissage

Soutenir les enfants en difficulté d'adaptation et en difficulté d'apprentissage ainsi que les jeunes présentant des indices de troubles mentaux par la mise en place d'un continuum de services intégrés (qui prend en compte les trajectoires de services et la démarche d'aide à l'élève) entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. La mise en place d'un continuum doit aussi se faire à l'intérieur des réseaux eux-mêmes.

Le continuum de services devra s'appuyer sur le cadre de référence issu de l'entente de complémentarité entre le MSSS et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Accès aux soins et services de santé

Améliorer l'organisation, l'accès et l'efficacité du continuum de soins et services de santé. Les soins et services devraient être offerts en interprofessionnalisme dans un souci de productivité, de qualité, de sécurité, de pertinence et d'efficacité. La consolidation du réseau de première ligne et des groupes de médecine de famille (GMF) ainsi que leur arrimage aux services hospitaliers de deuxième et troisième lignes constitue la pierre d'assise de ce continuum.

L'amélioration de l'organisation des soins et services de santé suppose une médecine de première ligne forte appuyée par un continuum de soins efficace vers la deuxième ligne et afin de permettre l'atteinte de cet objectif, il faut :

- Mettre en place des mécanismes d'accès aux plateaux techniques et aux consultations spécialisées permettant aux médecins de famille d'avoir accès rapidement aux services de radiographie ainsi qu'à des prélèvements pour des examens simples. L'amélioration de l'accès aux plateaux techniques et aux consultations permettra de confirmer un diagnostic et évitera la possible détérioration de la condition clinique du patient. Les actions entreprises devront permettre aux médecins de famille d'avoir accès à des protocoles définis entre eux et les services hospitaliers pour les patients ayant des pathologies aiguës ou subaiguës, notamment l'anémie, la FA de novo, la thrombose veineuse profonde, l'angine typique, le saignement du premier trimestre et la rectorragie. Ces différents mécanismes permettront de diminuer le recours à l'urgence.
- Poursuivre la consolidation et le développement des GMF de façon structurante.

Santé mentale – Plan d'action 2014-2020

Les travaux entourant le PASM 2014-2020 sont en cours. Un dépôt est prévu pour l'automne 2014. Tout comme le PASM 2005-2010, le prochain plan d'action en santé mentale prendra appui sur les grandes orientations ministérielles, dont le renforcement et l'accès aux services de première ligne.

Le PASM 2014-2020 comprendra des mesures ciblant le plein exercice de la citoyenneté des personnes atteintes de troubles mentaux, notamment en introduisant des mesures structurantes concernant la lutte à la stigmatisation et à la discrimination, le développement et le maintien d'interventions axées sur le rétablissement et le travail en intersectorialité (ressources résidentielles et logement, soutien et intégration au travail, soutien aux études).

De plus, des mesures cibleront les enfants et les jeunes, insisteront sur la détection et l'intervention précoce, de même que sur l'importance d'assurer une transition harmonieuse entre les services jeunesse et adultes lors de l'atteinte des 18 ans.

Une attention particulière sera aussi accordée au soutien des médecins de famille dans leur pratique en santé mentale par l'intensification des liens entre les équipes de santé mentale de première ligne des CSSS et les GMF, de même que le déploiement du médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) et du professionnel répondant en santé mentale. Le MSSS insistera également sur l'importance du transfert de connaissances et du soutien clinique.

À cet effet, les agences devront s'approprier le Plan d'action en santé mentale (PASM) et entreprendre la mise en œuvre régionale du PASM en accord avec le plan de mise en œuvre ministériel qui suivra de peu le PASM 2014-2020. Les requis inscrits au PASM 2005-2010 sont toujours valides.

Cancérologie

S'appuyant sur la mise en place d'un réseau intégré et hiérarchisé de cancérologie, le Plan directeur et le Plan d'action visent à atteindre de hauts niveaux d'excellence en matière de qualité, d'accessibilité et d'efficacité de façon à répondre aux objectifs suivants : offrir la meilleure qualité de vie possible aux personnes atteintes de cancer, réduire la mortalité due au cancer et diminuer l'incidence de cette maladie au sein de la population.

Équilibre budgétaire

L'Agence s'engage à respecter l'enveloppe de crédits budgétaires que le gouvernement et le MSSS lui ont octroyés pour l'exercice 2014-2015, et ce, sous réserve des nouvelles décisions gouvernementales pour l'année 2014-2015. De plus, l'Agence devra s'assurer que tous les établissements de sa région respectent la loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux.

En tout temps, l'Agence doit veiller à ce que le financement public du réseau soit prioritairement affecté aux services rendus à la population et à l'utilisation optimale de chaque dollar investi.

Planification stratégique 2015-2020 des agences et des établissements

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), les agences et les établissements doivent élaborer un plan stratégique qui s'inscrit en conformité avec les choix stratégiques ministériels. Afin d'être en mesure de se conformer aux exigences législatives, le MSSS, les agences et les établissements doivent également arrimer leurs planifications stratégiques respectives.

Le prochain plan stratégique du MSSS (2015-2020) devra être déposé au 31 mars 2015. Les agences et les établissements devront ainsi élaborer leurs plans stratégiques, selon le même échéancier, afin d'assurer un synchronisme entre les exercices de reddition de comptes.

Informatisation du réseau – DSQ-DCI-DMÉ

L'Agence doit soutenir l'intégration et la circulation de l'information clinique au moyen des trois niveaux d'intégration, soit le Dossier de santé du Québec (DSQ), les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) et les dossiers cliniques informatisés (DCI). À cet égard, l'Agence doit soutenir ses médecins dans l'implantation des DMÉ. Elle doit rendre

rapidement disponible le DSQ pour l'ensemble de ses médecins et des autres professionnels de la santé par l'intermédiaire, soit des DMÉ ou du visualiseur. Elle doit également favoriser l'implantation de DCI dans ses établissements en optant pour une solution interopérable avec le DSQ.

Technologies de l'information

Une meilleure utilisation des technologies de l'information conduira à l'amélioration de la qualité des services aux usagers et, ultimement, à l'optimisation de chaque dollar investi. Le vaste projet d'optimisation entrepris par le MSSS doit se poursuivre dans chacune des régions, et ce, avec une approche intégrée permettant de mieux gérer le changement. Les agences doivent continuer leurs actions dans les grands chantiers ciblés en priorisant la gestion des postes de travail et le courrier électronique.

CHAPITRE III : LES PRIORITÉS RÉGIONALES 2014-2015

Ce chapitre est prévu pour permettre, d'une part, à certaines directions générales du MSSS d'identifier des attentes spécifiques pour la région de la Montérégie ainsi que les attentes de l'Agence au regard du réseau régional. L'Agence s'attend à ce que les Établissements contribuent à l'atteinte des objectifs et priorités énoncés dans le présent chapitre.

SERVICES SOCIAUX

1. Priorité régionale en matière de services sociaux généraux

Offre de services sociaux généraux

La mise en œuvre de travaux visant l'actualisation de l'offre de services sociaux généraux, en particulier le déploiement d'un service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), en cohérence avec le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS, doit être réalisée d'ici le 31 mars 2015.

2. Priorité régionale en matière de jeunes et leur famille

L'Agence doit s'assurer de la poursuite du déploiement des services inscrits dans les « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012 », prolongée jusqu'en 2015. Elle devra rendre compte, de façon spécifique, de la mise en œuvre des programmes d'intervention en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu, et de la présence d'une équipe d'intervention jeunesse ou d'un mécanisme de concertation équivalent dans chacun des territoires de CSSS de sa région. Pour ce faire, elle devra valider les grilles GESTRED n^{os} 802, 803 et 805 pour le 24 mai 2015 lesquelles seront, par la suite, analysées par la Direction des jeunes et des familles.

L'Agence devra également s'assurer de l'actualisation des directives que les sous-ministres adjoints, messieurs Alain Poirier et Sylvain Gagnon, soumettaient dans leur lettre du 25 mai 2012 quant à l'orientation des jeunes et des familles vers le programme permettant de répondre à leurs besoins. À cet égard, la méthode de calcul du nombre d'usagers desservis en CSSS dans le programme Jeunes en difficulté (indicateur 1.06.01 du plan stratégique 2005-2010) sera modifiée à l'hiver 2014 et devra, bien qu'aucun engagement ne soit demandé, faire l'objet d'un suivi par l'Agence à compter du 1^{er} avril 2014.

3. Priorités régionales en matière de 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. En collaboration avec les établissements du territoire, l'Agence devra compléter et transmettre à la DPAD le canevas prévu à cette fin, d'ici le 24 mai 2015.

Ententes de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

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 intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED).

L'Agence doit tenir la DPAD informée de toute entente de collaboration qui pourrait être conclue entre les établissements de la région de la Montérégie pour la clientèle ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Pour ce faire, l'envoi de chacune de ces ententes doit être effectué d'ici le 24 mai 2015.

4. Priorité régionale pour le programme-services Dépendances

En préparation de l'élaboration des nouvelles orientations en dépendance et dans la foulée de la mise en place du Comité directeur sur la consolidation du déploiement de l'offre de service en dépendance, le MSSS effectue des travaux afin d'identifier des actions structurantes prioritaires au regard de deux volets spécifiques : la consolidation des services en dépendance sous la responsabilité des CSSS ainsi que l'accès aux services de santé pour les usagers de l'offre de service en dépendance.

À l'issue de ces travaux, le MSSS s'assurera de la mise en œuvre des recommandations du Comité directeur ainsi que du suivi des actions structurantes prioritaires identifiées pour l'ensemble des régions du Québec. Les agences devront rendre compte au MSSS, au plus tard le 31 mars 2015, de la mise en place de ces actions, notamment par la complétion d'un outil de suivi prévu à cette fin.

5. Priorités régionales en matière de personnes âgées (et autres clientèles)

Soutien à l'autonomie

L'évaluation des besoins pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée

Conformément aux recommandations du Vérificateur général et du Protecteur du citoyen, la pertinence des services offerts aux usagers repose notamment sur l'évaluation de ses besoins. À cet égard, au cours de l'année 2014-2015, à l'aide de l'outil d'évaluation multientèle (OÉMC), pour la clientèle qui n'a pas été évaluée des programmes Déficience physique (DP) ainsi que Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED) tous les usagers adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée devront avoir été évalués au 31 octobre 2014. Pour la clientèle qui a été évaluée, transmettre le profil ISO-SMAF au 30 septembre 2014.

Le suivi de l'évaluation des personnes en soutien à domicile de longue durée DP, DI-TED se fera à l'aide d'un formulaire dans l'application GESTRED. Dans le cadre de la reddition de comptes, un état de situation concernant le résultat des évaluations de ces clientèles est demandé pour le 31 mai 2015.

L'élaboration des plans de services pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée

Conformément aux recommandations du Vérificateur général et du Protecteur du citoyen, l'élaboration du plan de services est un incontournable pour organiser les services à domicile et assurer la prestation de ceux-ci par différents intervenants. À cet égard, au cours de l'année 2014-2015, la clientèle adulte des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Déficience physique (DP) ainsi que Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED) ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée devra voir un plan de services individualisés et d'allocation de services (PSIAS) complété. Pour la clientèle adulte ayant un profil ISO-SMAF de 4 et plus, le PSIAS devra être complété pour :

1. 50 % ou plus de la clientèle visée au 31 décembre 2014;
2. 100 % de la clientèle visée au 30 juin 2015.

Pour la clientèle adulte ayant un profil ISO-SMAF inférieur à 4, le PSIAS devra être complété pour :

1. 100 % de la clientèle visée au 30 juin 2015

Le suivi de l'élaboration des PSIAS se fera à l'aide d'un formulaire dans l'application GESTRED. Dans le cadre de la reddition de comptes, un état de situation concernant le résultat de l'élaboration des PSIAS pour ces clientèles est demandé pour le 30 septembre 2015.

L'évaluation des besoins pour tous les usagers hébergés en CHSLD public en CSSS et hors CSSS

Conformément aux recommandations du Vérificateur général et du Protecteur du citoyen, la pertinence des services offerts aux usagers repose notamment sur l'évaluation de ses besoins. À cet égard, au cours de l'année 2014-2015, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnel (SMAF), pour les usagers hébergés depuis 2 ans et moins dans des lits d'hébergement permanent de CHSLD public en CSSS et hors CSSS, transmettre le profil ISO-SMAF au 30 septembre 2014. Pour les usagers hébergés depuis plus de 2 ans, effectuer ou mettre à jour l'évaluation du profil ISO-SMAF au 31 décembre 2014.

Le suivi de l'évaluation des personnes en CHSLD public en CSSS et hors CSSS se fera à l'aide d'un formulaire dans l'application GESTRED. Dans le cadre de la reddition de comptes, un état de situation concernant le résultat des évaluations de ces clientèles est demandé pour le 31 mai 2015.

Optimisation en soutien à domicile

Pour répondre aux attentes du MSSS en matière d'optimisation des soins et des services en soutien à domicile (SAD), l'Agence a déposé un plan d'action comprenant un ensemble de mesures, dont une augmentation de 10 %, du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015, du nombre d'heures de service de soutien à domicile de longue durée dans les programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Déficience physique (DP) ainsi que Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED), ceci sans budget additionnel.

De plus, l'Agence devra produire à la Direction générale des services sociaux, au plus tard le 30 septembre 2015, un bilan de la mise en œuvre de son plan d'action pour 2014-2015 selon le gabarit fourni par le MSSS.

Personnes âgées

Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées

Afin de répondre aux besoins d'une population vieillissante, l'importance de poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) est réitérée. À cet égard, la cible de 70 % d'implantation des RSIPA en 2015 pour votre CSSS est indiquée à l'indicateur 1.03.06-PS du chapitre IV. Les résultats doivent être transmis à l'Agence pour le 13 mai 2015 à l'aide de la grille Excel OSIRSIPA.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Les centres hospitaliers doivent poursuivre l'implantation des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier tant à l'urgence que dans les unités de soins qui admettent des personnes âgées. Les résultats doivent être indiqués dans le formulaire numéro 590 dans l'application GESTRED et être transmis selon l'échéancier convenu.

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 2014-2015, 90 % des nouvelles personnes admises dans des lits d'hébergement permanent en CHSLD doivent avoir un profil ISO-SMAF allant de 10 à 14.

Dans le cadre de la reddition de comptes, l'Agence fournira un état de situation concernant le résultat des profils à l'admission de ces clientèles est demandé pour le 31 mai 2015.

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 chacune des agences coordonne les actions visant à améliorer ces services.

Dépôt annuel d'un plan de travail devant être approuvé par le sous-ministre adjoint de la Direction générale des services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU), mise en œuvre et suivi de celui-ci au cours de la prochaine année.

Trois domaines devront prioritairement se retrouver dans ce plan de travail, soit :

- L'accès à la chirurgie;
- L'accès à l'échographie;
- Les mécanismes d'accès aux services diagnostiques et thérapeutiques.

Le plan de travail doit également couvrir le domaine des consultations spécialisées (accès à un médecin spécialiste) et des services diagnostiques (imagerie médicale et endoscopie).

Celui-ci doit permettre d'identifier :

- les problématiques pour chacun des domaines;
- les projets pour permettre d'améliorer la situation;
- les indicateurs requis au suivi de l'amélioration de la situation;
- les grandes étapes requises à la réalisation;
- les échéanciers;
- les partenaires impliqués.

Le dépôt du plan de travail sur l'Accès aux services spécialisés doit être fait, au plus tard, le 30 avril 2014.

Le dépôt de la mise à jour du plan de travail se fera aux dates suivantes : 1^{er} septembre 2014, 1^{er} décembre 2014, 2 mars 2015.

L'accès aux services ambulatoires de première ligne en santé mentale

Pour les jeunes

Sur le plan local, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens (MSSS 2005) fixe comme cible de donner accès à un traitement de première ligne en santé mentale à l'intérieur d'un mois à tout enfant ou jeune dirigé vers ces services. Aucun usager de moins de 18 ans ne devrait avoir un délai d'accès au traitement de première ligne en santé mentale de 30 jours et plus.

Dans le cadre d'une reddition de comptes, un état de situation concernant les délais d'accès au traitement de première ligne en santé mentale est demandé pour le 31 mai 2015. L'Agence pourra, lors de cet exercice, émettre des commentaires sur la source de données et la méthode de calcul dans le cadre de l'élaboration d'un futur indicateur de gestion.

Pour les adultes

La planification stratégique 2010-2015 du MSSS prévoit l'atteinte des cibles du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : « La force des liens » en matière de ressources ambulatoires de première ligne en santé mentale pour les adultes.

Une équipe complète de première ligne, soit 20 ressources à temps plein par 100 000 habitants (20 ETC/100 000 h), visant à desservir 2 % de la population âgée de 18 ans et plus, doit être en place.

Le formulaire GESTRED n° 36 doit être complété et transmis à la fin de la période 13 de l'année financière 2014-2015.

Plan d'affaires en santé mentale

L'Agence déposera au MSSS une planification stratégique 2015-2020 énonçant les objectifs retenus par la région au plan de l'organisation des services en santé mentale. Le plan d'affaires en santé mentale est une priorité reconduite des EGI 2013-2014 et la date d'échéance initialement prévue le 31 mars 2014 est reportée au 31 mars 2015.

Accès aux services de première ligne

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 2014-2015, pour les agences 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 :

- Accréditation d'un nouveau GMF ou ajout d'un site clinique à un GMF existant à partir d'une UMF existante ou d'un site CLSC (comportant des médecins ayant une pratique de première ligne);
- Accréditation d'un nouveau GMF;
- Ajout de site à un GMF existant.

La responsabilité de l'Agence est de :

1. Soumettre des recommandations d'accréditation et de renouvellement des GMF en conformité avec les lignes directrices émises par le MSSS;
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.

Info-Santé

Info-Santé est un maillon essentiel de la première ligne. Les résultats de performance de chaque service régional sont disponibles à tous, mais le MSSS souhaite que chaque agence procède à l'analyse des résultats régionaux et à la mise en place d'un plan d'action, si nécessaire. Les objectifs de performance sont clairs : un maximum de 15 % de perte d'appels et un maximum de 4 minutes comme temps d'attente.

Un premier tableau servira de rapport d'étape et devra être déposé par l'Agence le 15 octobre 2014 et un second tableau servira de rapport final pour l'année 2014-2015 et devra être déposé le 30 avril 2015.

Le tableau devra contenir les écarts observés avec les raisons identifiées, ainsi que les actions pour corriger la situation avec des objectifs clairs.

Continuum de services en cardiologie

Améliorer la prise en charge des patients victimes d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST

L'Agence doit collaborer avec le MSSS et ses établissements afin de permettre à la clientèle victime d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST d'avoir accès aux traitements appropriés dans les délais recommandés et conformément aux pratiques optimales. Deux études (ÉTIAMEST I et II) ont d'ailleurs fait l'objet de présentations auprès de toutes les régions concernées.

Pour ce faire, des plans d'action locaux et régionaux doivent être élaborés ou mis à jour pour le 15 février 2015, et contenir, notamment, les informations suivantes :

- moyens mis de l'avant pour améliorer la performance des services préhospitaliers d'urgence (chronométrie et processus d'acheminement des patients vers les centres hospitaliers de destination);
- moyens mis de l'avant pour l'amélioration de la performance (chronométrie et choix thérapeutiques) des services hospitaliers d'urgence et d'hémodynamie d'urgence;
- mise à jour de la formation de base et de la formation continue.
- participation aux évaluations terrain (participation à ÉTIAMEST III de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]), suivi, rétroaction et transfert des connaissances en réaction à ÉTIAMEST II.

Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral

Améliorer l'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC)

L'Agence a la responsabilité de développer son continuum AVC sur son territoire de desserte. La première étape de la mise en œuvre vise la phase hyper aiguë et aiguë (préhospitalier – reconnaissance des symptômes, urgence – diagnostic précoce et hospitalisation – plan de traitement et indication réadaptation précoce).

Des plans d'action locaux et régionaux doivent être élaborés pour le 15 septembre 2014 et contenir, notamment, les informations suivantes :

- moyens mis de l'avant pour améliorer la performance des services préhospitaliers d'urgence (chronométrie et processus d'acheminement des patients vers les centres hospitaliers de destination).
- moyens mis de l'avant pour améliorer la chronométrie et les choix thérapeutiques des services hospitaliers d'urgence et d'indication pour la prise en charge rapide de l'AVC, incluant la thrombolyse;
- mise à jour de la formation de base et de la formation continue, afin de maintenir l'expertise des équipes;
- participation aux évaluations terrain (participation à AVC I de l'INESSS), suivi, rétroaction et transfert des connaissances.

Dans ce contexte, l'identification des centres secondaires et des centres primaires du continuum AVC pour ces mêmes phases doit être incluse.

Soins palliatifs de fin de vie

Poursuite de la mise en œuvre de la « Politique en soins palliatifs de fin de vie »

La poursuite de la mise en œuvre des travaux relatifs à la « Politique de soins palliatifs de fin de vie » particulièrement sous l'angle de l'accès aux différents types de ressources, du développement des soins palliatifs à domicile, de la formation des professionnels de la santé et de la continuité dans les trajectoires de services, ceci dans une perspective d'inclusion des maladies autres que le cancer.

De plus, la Loi concernant les soins de fin de vie prévoit une optimisation de l'offre de soins et de services en soins palliatifs qui repose notamment, sur une organisation de services efficace et la plus ajustée possible aux besoins de la population.

L'Agence mettra à jour son plan régional d'organisation de services en soins palliatifs et de fin de vie au plus tard le 31 décembre 2014. Ce plan devra notamment comprendre :

- le développement des lits dédiés pour atteindre le ratio établi de 1/10 000;
- les principes directeurs que chaque établissement concerné par l'offre de service en soins palliatifs doit prendre en compte dans sa politique ainsi que dans son plan d'organisation, incluant les diverses modalités d'accès aux différentes ressources, y compris les soins pédiatriques, le cas échéant;
- une attention particulière à l'inclusion des maladies autres que le cancer dans les divers continuums de soins;
- une reddition de comptes en fonction des indicateurs établis quant à la dispensation des soins à domicile (nombre d'usagers, nombre d'interventions par usager);
- le suivi des projets de soutien de l'offre de service des soins palliatifs à domicile;
- le plan de formation des divers intervenants et collaborateurs œuvrant en soins palliatifs, en priorisant le milieu CHSLD;
- les ajustements de l'offre de service en soins palliatifs rendus nécessaires à la suite de l'adoption de la Loi concernant les soins de fin de vie.

CANCÉROLOGIE

Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)

Afin d'assurer la qualité et l'accès à la coloscopie dans des délais acceptables, les normes élaborées par la Direction québécoise de cancérologie doivent être implantées. Le déploiement dans tout le Québec des mesures prévues au cadre de référence doit être fait. Un suivi de l'implantation par région sera effectué à l'aide de l'outil GESTRED, le 15 avril 2015.

Programme québécois de cancérologie

Désignation de centres en cancérologie

En suivi de la désignation des centres de référence, des centres affiliés et des centres partenaires pour le cancer du poumon et de l'œsophage, chaque région a établi des corridors de services entre ces différents centres et les autres centres locaux de santé et de services sociaux de leur territoire.

Une entente de service écrite doit être faite et nous être transmise à l'aide de l'outil GESTRED, au plus tard, le 15 avril 2015.

COORDINATION, FINANCEMENT, IMMOBILISATIONS ET BUDGET

Approvisionnement en commun

L'Agence devra signer une entente de gestion et d'imputabilité avec le centre d'approvisionnement en commun desservant le territoire de la Montérégie.

Stratégie québécoise d'économie d'eau potable

L'Agence 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 comprenant : 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 période P10 (10 janvier 2015).

Évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés

Les CSSS désignés à cet effet devront offrir une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique à 100 % des réfugiés qui arrivent dans la région en 2014-2015.

La production d'une déclaration de services offerts et du volume de clientèle desservie doit être faite au plus tard le 31 mars 2015 et le suivi de l'indicateur 1.02.06 doit se poursuivre.

Sécurité civile

Le MSSS est responsable de la mission « Santé » du Plan national de sécurité civile (PNSC) établi par le ministère de la Sécurité publique, en vertu de la Loi sur la sécurité civile (chapitre S-2.3). De par la particularité du réseau de la santé et des services sociaux, cette responsabilité est partagée tant sur le plan provincial, régional que local. Il revient à l'Agence de la santé et des services sociaux la responsabilité de développer, en partenariat, la sécurité civile dans ses dimensions de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement, ainsi que de coordonner, à l'échelle régionale, les différents volets de la mission « Santé » du PNSC. De plus, elle doit assurer le maintien de ses biens et de ses services essentiels. Ces mêmes responsabilités sont dévolues au niveau local au CSSS.

Devant l'élaboration d'une Politique ministérielle de sécurité civile – Santé et Services sociaux, l'Agence s'attend, tout au long de l'année financière 2014-2015, à ce que le CSSS :

- intègre les préoccupations de sécurité civile de niveau stratégique au comité de direction du CSSS, en y nommant un coordonnateur en sécurité civile pour le CSSS;
- désigne une personne responsable de mission qui anime le dossier en sécurité civile au CSSS et voit au suivi en effectuant les liens nécessaires avec la Coordination régionale en sécurité civile à l'Agence, entre les différents acteurs de son organisation, ainsi qu'avec les partenaires de sécurité civile du RLS, dont les municipalités;
- participe au comité régional en sécurité civile regroupant les responsables de mission des 11 CSSS et de l'Agence;
- maintienne, au sein de l'Établissement, un comité de coordination actif en sécurité civile, dans le but d'assurer un leadership de coordination. Ce comité doit regrouper des représentants des différents volets ou secteurs d'activités tels que l'hospitalier, la santé de première ligne, le psychosocial, la santé publique, les communications, les ressources humaines, les ressources matérielles, les ressources informationnelles, etc.;

- rende disponible auprès de l'Agence un numéro de téléphone ainsi qu'un numéro de télécopieur pour la garde 24/7. De plus, une boîte courriel accessible lors la mobilisation doit être prévue;
- signalent, dans les meilleurs délais à la garde 24/7 de l'Agence, toute situation d'urgence pouvant affecter la santé et le bien-être de la population de son territoire ou de son organisation ou le maintien des services essentiels.

Le CSSS devra présenter les résultats attendus aux attentes exprimées par l'Agence, à l'aide du formulaire GESTRED conçu à cet effet, le 30 septembre et le 31 mars de l'année financière 2014-2015. Elle devra également y joindre les documents suivants : coordonnées de garde 24/7 et adresse courriel, nom du coordonnateur en sécurité civile et du responsable de mission, calendrier des rencontres et la composition du comité de sécurité civile du CSSS qui identifie les différents volets et/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.

Étant donné que, lors de la dernière publication du rapport semestriel des incidents et accidents (décembre 2013), les données de la région de la Montérégie relevaient :

- que quatre établissements ne s'étaient pas conformés à l'obligation légale d'alimenter et de maintenir le système de surveillance des incidents et accidents et avaient transmis des données incomplètes;
- qu'un établissement ne s'était pas conformé à l'obligation légale d'alimenter et de maintenir le système de surveillance des incidents et accidents et n'avait transmis aucune donnée;
- que les chutes et les erreurs liées à la médication étaient à l'origine de 67,39 % des déclarations d'incidents et d'accidents.

L'Agence assurera un suivi étroit auprès des établissements de la région pour garantir une déclaration complète et continue des accidents/incidents et offrir un accompagnement personnalisé aux établissements en défaut pour identifier des solutions durables.

L'Agence devra aussi favoriser l'implantation des recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins en matière de prévention des chutes et des événements liés à la médication (attendues au printemps 2014).

Pour le rapport à paraître en décembre, l'ensemble des événements indésirables survenus dans un établissement entre le 1^{er} avril et le 30 septembre de chaque année doivent être saisis et versés à la base de données de l'établissement, au plus tard, le 20 octobre de chaque année. Pour le rapport de juin, la saisie des événements survenus entre le 1^{er} octobre et le 31 mars de chaque année doit être complétée, au plus tard, le 16 avril de chaque année.

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Dossier de santé du Québec (DSQ)

Au cours de l'année 2014-2015, le déploiement du DSQ s'étendra à l'ensemble du territoire québécois pour les domaines laboratoire, imagerie médicale et médicament. Chacune des régions devra avoir complété les étapes suivantes :

1. Poursuivre l'implantation et le rehaussement des systèmes de laboratoires (SIL) ,comme planifié jusqu'au 31 mars 2015, afin de respecter les échéanciers de l'alimentation du domaine laboratoire du DSQ;

2. Mettre à jour les systèmes d'information (SI) pour les secteurs de Pathologie/Cytologie incluant l'interface résultats ainsi que le module rapport;
3. Compléter la solution régionale de laboratoire (SRL) afin que les laboratoires puissent transmettre les données sur les résultats d'examens aux requérants et aux autres intervenants concernés;
4. S'assurer que tous les établissements utilisent une solution index patients maître qui s'arrime au Registre des usagers;
5. Terminer le plan de projet pour le 31 juillet 2014 (gabarit BL1 du DSQ);
6. Mettre à jour, hebdomadairement, le plan de déploiement régional incluant la cartographie de tous les lieux de dispensation de services et, principalement, la portion stratégique (gabarit BL2 du DSQ);
7. Planifier et coordonner, avec l'équipe du DSQ, le branchement aux domaines du DSQ pour le volet consultation, soit par le visualiseur ou les DMÉ pour l'ensemble des sites : cliniques privées, les GMF, GMF-UMF et tous les établissements de la région qui en font la demande.

Le suivi de la réalisation de ces étapes se fera aux périodes financières 3, 6, 10 et 13 par l'entremise d'un formulaire portant le numéro 912 (Ententes de gestion – Technologies de l'information) et disponible dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes GESTRED.

Dossier clinique informatisé (DCI)

Le DCI est un outil de gestion de l'information présenté dans une interface simple et transparente, utilisé par les cliniciens et intervenants de la santé habilités pour documenter, surveiller et gérer la prestation des soins, des services et ses résultats.

Les données du DCI sont le reflet fidèle de l'ensemble des soins et services qui sont prodigués à l'usager 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.

Selon l'envergure de l'établissement et de sa mission première, la nécessité d'un DCI n'est pas toujours requise. Une analyse des besoins d'affaires cliniques et organisationnels est un prérequis incontournable avant de se lancer dans une démarche d'acquisition d'une solution.

Selon certaines étapes à franchir, chaque région pourrait éventuellement avoir une autorisation du MSSS pour se lancer dans une démarche d'acquisition conforme au plan de gestion des ressources informationnelles (PGRI) :

1. Produire un bilan du niveau d'informatisation des différents systèmes cliniques et médico-administratifs, ainsi que les infrastructures qui les supportent;
2. Analyser les besoins d'affaires cliniques et organisationnels de l'établissement dans le but de déterminer les cibles à atteindre pour le partage de l'information, afin de justifier la nécessité d'implanter une solution de DCI et d'en préciser la stratégie de mise en place;
3. Élaborer un dossier justificatif sommaire régional en vue d'obtenir une autorisation ministérielle pour réaliser un dossier de présentation stratégique régional;
4. Élaborer un dossier de présentation stratégique régional en vue d'obtenir une autorisation ministérielle pour réaliser un dossier d'affaires initial régional;
5. Élaborer un dossier d'affaires initial régional en vue d'obtenir une autorisation ministérielle pour réaliser un dossier d'affaires final régional;
6. Élaborer un dossier d'affaires final régional en vue d'obtenir l'autorisation ministérielle pour amorcer la réalisation du projet;

7. Réalisation des projets autorisés à l'étape précédente (projet de l'Agence et des établissements).

Le suivi de la réalisation de ces étapes se fera aux périodes financières 3, 6, 10 et 13 par l'entremise d'un formulaire portant le numéro 912 (Ententes de gestion – Technologies de l'information) et disponible dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes GESTRED.

Dossier médical électronique (DMÉ)

L'organisation et le renforcement de la première ligne en santé physique constituent la grande priorité ministérielle. L'information rendue disponible par le développement des DMÉ appuie cette démarche.

L'entente signée avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) concernant le déploiement des DMÉ 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 2013-2014 est de 2 000 nouveaux médecins et de 2 000 autres pour 2014-2015.

Les agences doivent accompagner les cliniques privées, les GMF et UMF de la région pour faciliter leur adhésion et la gestion du changement. Pour les GMF en particulier, ils doivent gérer la transition entre les programmes GMF et le PQADMÉ.

1. L'Agence doit appliquer et promouvoir la transition entre le programme GMF et le nouveau programme PQADME;
2. Procéder à la nomination d'un responsable régional DME qui travaille en collaboration avec la DGSSMU et la DGTI pour la mise en œuvre et l'adoption des médecins au nouveau programme. Le responsable doit également travailler de concert avec le répondant DSQ et le répondant GMF de sa région;
3. Coordonner et assurer le financement pour le déploiement du PQADME en établissement selon la circulaire 2012-027 du 15 novembre 2012, dans le respect de la Loi sur les contrats d'organismes publics.

La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles

Respecter le cadre de gestion du Plan de gestion en ressources informationnelles (PGRI) établi dans la circulaire 2012-021 (03.02.30.15) qui détermine les conditions et les modalités relatives aux outils de gestion. Ce cadre de gestion détermine, entre autres, les rôles, les responsabilités et les dates de production par les établissements et les agences des documents suivants à l'aide de l'application informatique Actifs + Réseau.

Au cours de 2014-2015, les documents suivants devront être produits :

1. Transmission des Planifications triennales des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI 2015-2018);
2. Transmission des Programmes annuelles des projets et activités en ressources informationnelles (PARI 2014-2015);
3. Transmission des Bilans annuels des réalisations en ressources informationnelles (BARRI 2013-2014);
4. Transmission des États de santé des projets (ESP) (données au 31 mars et au 30 septembre);

Selon le calendrier de production spécifié dans le cadre de gestion en vigueur.

Le PGRI est complété par un processus d'autorisation où tous les projets à démarrer par un établissement ou l'Agence doivent faire l'objet d'une demande d'autorisation ministérielle accompagnée des documents justificatifs appropriés.

Mise en place d'une gouvernance régionale, ou suprarégionale, des ressources informationnelles

La Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (projet de loi 133) établit les règles de gouvernance et de gestion en matière de ressources informationnelles applicables aux organismes publics et aux entreprises du gouvernement afin, notamment :

1. D'instaurer une gouvernance intégrée et concertée, fondée sur la préoccupation d'assurer des services de qualité aux citoyens et aux entreprises;
2. D'optimiser les façons de faire en privilégiant le partage et la mise en commun du savoir-faire, de l'information, des infrastructures et des ressources;
3. D'assurer une gestion rigoureuse et transparente des sommes consacrées aux ressources informationnelles.

Au cours de 2014-2015, les actions suivantes devront être réalisées :

- soumettre au MSSS, pour le 28 novembre 2014, un plan de mise en place d'une gouvernance régionale unifiée, ou même suprarégionale, des ressources informationnelles. Bien que la portée du plan revient à l'Agence, il devra comprendre le regroupement hiérarchique des effectifs des technologies de l'information de la région ainsi que la gestion des infrastructures technologiques. Par ailleurs, la proposition devra tenir compte des travaux ministériels sur un regroupement centralisé des achats de logiciels et de matériels informatiques;
- entreprendre les travaux de mise en place de la gouvernance dès que le MSSS aura approuvé le plan proposé.

Introduction de l'architecture d'intégration technologique cible

Étant donné les enjeux liés aux projets d'optimisation de l'infrastructure TI, le MSSS introduit la nécessité de gérer ces projets de manière intégrée. Cette vision se traduit par la définition d'une architecture d'intégration technologique cible (AITC) et vise à soutenir les agences dans la réflexion et la réalisation de leur plan de mise à niveau de l'infrastructure TI.

Au cours de l'année 2014-2015, l'AITC se concentre particulièrement sur les projets d'infrastructure suivants :

- projet de gestion du parc des postes de travail (en priorisant la migration du système d'exploitation actuel);
- projet de courrier électronique (prioritaire pour l'installation du client Lotus Notes et rattaché au projet de mise à niveau du système d'exploitation);
- projet de consolidation des centres de traitement informatique (consolidation, normalisation).

Ces projets sont interreliés. En effet, le projet de mise à niveau des systèmes d'exploitation sous MS Windows 7 est soutenu par la virtualisation des postes de travail. La migration des postes sous MS Windows 7 doit être accompagnée de l'installation du client Lotus Notes v9. La virtualisation des postes de travail impacte les stratégies régionales de consolidation des centres de traitement.

Pour l'année 2014-2015, chacune des agences devra avoir complété les activités suivantes :

1. Produire la stratégie régionale de la mise à niveau des infrastructures TI. Ce plan préparé dans le cadre du processus d'approbation des projets du PGRI devra

présenter les projets priorités, soit les trois projets d'infrastructure identifiés précédemment, ainsi que tous les autres projets d'infrastructure à réaliser sur une base d'opportunité. Ce document devra couvrir les projets régionaux ainsi que tous les projets des établissements.

2. Réaliser les activités techniques suivantes :

Mise à niveau des postes de travail (Windows, IE, Office, Lotus Notes)

Afin de faciliter le traitement des dépendances entre les projets et aider les organisations du RSSS, le MSSS arrime les projets de mise à niveau du système d'exploitation des postes de travail et de la virtualisation des postes (gestion du parc des postes de travail [GPPT]). La priorité demeure la mise à niveau de Windows XP vers Windows 7/8.1. La virtualisation, considérée comme un « accélérateur » de la mise à niveau, est désormais considérée comme faisant partie du projet.

Pour l'année 2014-2015, les agences doivent :

Engager le projet de mise à niveau des postes de travail en s'assurant de couvrir les étapes suivantes :

1. Vérifier la compatibilité des applications, des sites web, des périphériques et ordinateurs avec la nouvelle version du système d'exploitation Windows;
2. Réaliser la migration des postes de travail selon les orientations du MSSS.

Il est à noter qu'à partir du 1^{er} avril 2016, aucun poste Windows XP ne pourra être relié au réseau informatique du RSSS.

Mise à niveau du courrier électronique Lotus Notes

Le MSSS a pour orientation de s'arrimer à un éventuel projet gouvernemental de courrier électronique et les actions posées visent à assurer la continuité du service de courrier électronique dans le RSSS de façon intérimaire.

Pour l'année 2014-2015, les agences doivent :

1. Réaliser les travaux de mise à niveau à la version courante de l'infrastructure Lotus Notes de courrier électronique;
2. Réaliser la mise à jour du client Notes au rythme de la mise à niveau Windows;
3. Réaliser les analyses requises pour remplacer ou normaliser les applications Notes afin de les rendre indépendantes du client Notes.

Optimisation des centres de traitement

Le MSSS s'arrime au projet de CTI gouvernemental et propose de mettre l'emphase sur les activités de consolidation et de normalisation des infrastructures essentielles à l'informatisation du RSSS. Le MSSS mise sur les initiatives régionales de regroupements, actuellement en cours, permettant d'atteindre le niveau de consolidation et de normalisation attendu.

Pour l'année 2014-2015, les agences doivent :

1. Réaliser, sur une base d'opportunité des études de normalisation et de consolidation des applications, équipements logiciels et matériels;
2. Informer leurs fournisseurs locaux des orientations du MSSS, afin de soutenir la consolidation/normalisation des applications.

SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

1. BILAN ANNUEL EN SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

Cible

Établir l'état d'avancement et la maturité de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) en matière de sécurité de l'information ainsi que d'assurer le respect des obligations ministérielles et gouvernementales en sécurité de l'information.

Un bilan annuel spécifique à la sécurité de l'information devra être remis pour chacun des établissements et des agences, en plus d'une version consolidée pour chacune des régions.

1. Établir le bilan annuel en sécurité de l'information à l'Agence et dans les établissements avec le gabarit ministériel qui sera transmis, lequel adressera les points suivants :
 - a. Un état de situation en rapport, notamment, avec certaines exigences du Secrétariat du Conseil du trésor et certaines mesures de sécurité du Cadre global de gestion des actifs informationnels – volet sécurité;
 - b. Le plan d'action de votre Programme de sécurité de l'information pour l'année en cours ainsi que les principales activités réalisées;
 - c. Les principaux enjeux, risques ou problématiques actuels de votre organisation en matière de sécurité de l'information ainsi que ceux de l'année à venir;
 - d. Une autoévaluation des principales forces de votre organisation en sécurité de l'information ainsi que les points à améliorer;
 - e. Une autoévaluation globale de l'état de maturité de votre organisation en termes de sécurité de l'information selon le modèle fourni dans le gabarit.

Le gabarit précisera le niveau de détails attendus pour chacun de ces points.

2. Effectuer une version consolidée des bilans annuels en sécurité de l'information pour sa région respective, en incluant une analyse des résultats de votre région.

Le gabarit précisera le niveau de détails attendu pour la version consolidée.

3. Transmettre l'ensemble des bilans annuels en sécurité de l'information ainsi que la version consolidée.

Des précisions quant aux bilans annuels en sécurité de l'information pourraient être demandées par le MSSS, si nécessaire. La réponse à ces précisions devra se faire dans un délai raisonnable d'environ deux semaines.

2. PARTICIPATION AU RESEAU D'ALERTE

Cible

Assurer la participation du réseau de la santé et des services sociaux (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.

1. Identifier un répondant régional au plus tard pour le 1^{er} mai 2014 et transmettre l'information;
2. Participer, dès le printemps 2014 à la validation des documents concernant la mise en œuvre des activités associées au Réseau d'alerte, notamment :
 - a. Le processus de déclaration d'un incident de sécurité;
 - b. Le processus de gestion des incidents de sécurité;
 - c. Le processus de communication en gestion d'incidents de sécurité;

- d. Les rôles et les responsabilités;
 - e. La mise en place d'un registre régional des incidents de sécurité.
3. Évaluer les efforts et les enjeux associés à la mise en œuvre des directives, processus et outils mentionnés au point numéro 2 et élaborer la planification de ces travaux et la transmettre pour suivi;
 4. Assurer la mise en œuvre des directives et des recommandations associées au Réseau d'alerte en fonction de la planification élaborée au point 3.

LES ATTENTES DE L'AGENCE EN REGARD DU RÉSEAU RÉGIONAL

Cette section comprend les attentes ou engagements de l'Agence en regard des établissements en se basant sur les spécificités régionales ou locales et la situation particulière des établissements.

Dans le cadre de l'élaboration de la planification stratégique 2015-2020, il est essentiel que la responsabilité populationnelle soit une assise importante des décisions, tant au palier régional qu'au palier local. La responsabilité populationnelle, combinée à la hiérarchisation des services, constitue l'un des principes fondateurs de la mise en œuvre des RLS (MSSS, 2011)¹. Cette responsabilité, partagée par les membres des réseaux locaux de services, les établissements à vocation régionale, les agences et le MSSS, représente un important levier pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Elle suscite un profond changement dans la façon de planifier, d'organiser et d'offrir des services en réseau qui répondent à tous les besoins de la population du territoire, tant exprimés que non exprimés. Selon la stratégie ministérielle, exercer collectivement une responsabilité populationnelle veut dire pour les acteurs des RLS :

- s'approprier les données sociosanitaires et en arriver à une vision commune de la réalité territoriale;
- définir, par des démarches participatives avec la population, les partenaires du réseau sociosanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, une offre de service intégrés et de qualité, qui répond aux besoins de la population locale;
- renforcer l'action sur les déterminants de la santé, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale;
- assurer le suivi et l'amélioration continue dans une perspective de plus grande imputabilité (MSSS, 2011).

L'Agence s'attend donc à ce que les directions de tous les établissements, dont les établissements à vocation régionale, prennent les mesures nécessaires pour que les conditions facilitant son exercice soient présentes dans leur établissement et que les changements de pratique requis pour assumer leur responsabilité populationnelle soient mis en place.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011). Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle, Québec, Gouvernement du Québec, 22 p.

CHAPITRE IV : LES ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT EN FONCTION, NOTAMMENT, DES PLANS STRATÉGIQUES 2010-2015 DU MSSS ET DE LA RÉGION

Le présent chapitre livre le résultat des échanges entre l'Agence et votre Établissement quant aux engagements des objectifs à atteindre en mars 2015 tel que prévu dans le plan d'action 2014-2015, soumis au MSSS, préparé par l'Agence au regard du plan stratégique régional en accord avec le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS. Les orientations du Plan stratégique du MSSS sont les suivantes :

- 1.1 Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être
- 2.1 Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne
- 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers
- 2.3 Répondre aux besoins d'une population vieillissante
- 2.4 Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités
- 3.1 Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables
- 4.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services
- 4.2 Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux
- 4.3 Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique
- 5.1 Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée
- 5.2 Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes
- 6.1 Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux
- 6.2 Assurer une gouvernance plus imputable

Le tableau qui suit présente, selon les programmes-services, les résultats obtenus par votre Établissement en 2013-2014 des indicateurs retenus, les engagements de votre Établissement pour la période 2014-2015. 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 2015.

Vous noterez que l'entente de gestion et d'imputabilité se limite désormais aux indicateurs mesurables pour la période couverte, soit 2014-2015 dans le cas présent. Par conséquent, certains objectifs du plan stratégique ministériel n'apparaissent pas dans la présente entente. Néanmoins, votre Établissement doit poursuivre ses efforts afin d'atteindre tous les objectifs des Plans stratégiques 2010-2015 du MSSS et régional sur lesquels l'Établissement devra poursuivre sa reddition de comptes lorsque les indicateurs seront développés ou lorsque des informations pertinentes sont disponibles.

CSSS de Vaudreuil-Soulanges				
Chapitre IV				
		P13 13-14	Engagement 14-15	Cible 2015
1.01 Santé publique - Maladies infectieuses - Vaccination				
1.01.12 B1 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12 ^{ème} semaine de grossesse à l'accouchement moins 1 jour (prénatale)	0,49	0,45	N/A
1.01.12 B2 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^{ème} semaine de vie de l'enfant (postnatale 1)	0,84	0,85	N/A
1.01.12 B3 Eg2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^{ème} semaine au 12 ^{ème} mois de vie de l'enfant (postnatale 2)	0,28	0,29	N/A
1.01.12 B4 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^{ème} semaine au 12 ^{ème} mois de vie de l'enfant (postnatale 3)	0,17	0,18	N/A
1.01.13 EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	65,1%	60,0%	N/A
1.01.14 EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{er} dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	81,0%	90,0%	N/A
1.01.15 EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{er} dose de vaccin contre le méningocoque du séro groupe C dans les délais	61,2%	90,0%	N/A
16.01 Santé publique - Objectifs spécifiques à la région				
16.01.00	Le CSSS aura réalisé les activités lui permettant d'atteindre les résultats inscrits à son plan d'action local de santé publique	Oui	Oui	Oui
Soutien à domicile longue durée				
1.03.05.01 PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	97 972(1)	96 958	96 958
S1.3.5.2	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC)	2 263	Augmentation	N/A
Note 1 : Inclus 46 232 heures de service SAPA				
1.03 SAPA				
1.03.06 PS	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	75,86%	70%	70%

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2014-2015
 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE
 ET LE CSSS DE VAUDREUIL-SOULANGES

CSSS de Vaudreuil-Soulanges Chapitre IV				
		P13 13-14	Engagement 14-15	Cible 2015
1.04	Déficience physique			
1.45.04.01 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	88,7%	90%	90%
1.45.04.02 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100.0%	90%	90%
1.45.04.03 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	91,7%	90%	90%
1.45.04.04 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	87,8%	90%	90%
1.05	Déficience intellectuelle et TED			
1.45.05.01 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	96,3%	90%	90%
1.45.05.02 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	N/A	90%	90%
1.45.05.03 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	100.0%	90%	90%
1.45.05.04 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	95,9%	90%	90%
1.06	Jeunes en difficulté			
1.06.10 PS	Mise en place d'un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	Oui	Note 2	Note 2
Note 2 : Implantation des cinq (5) volets du programme.				
16.06	PSI - Objectifs spécifiques de la planification stratégique régionale			
16.06.01	Nombre d'usagers âgés de moins de 22 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) (DI-TED / DP)	20	21	N/A
16.06.02	Nombre d'usagers âgés de moins de 18 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) (JED)	24	69	N/A
Santé physique - Soins palliatifs				
	Nombre d'interventions en soins palliatifs à domicile	7077	6900	N/A
1.07	Dépendances			
1.07.05 PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	112	112	Augmentation

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2014-2015
 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE
 ET LE CSSS DE VAUDREUIL-SOULANGES

CSSS de Vaudreuil-Soulanges Chapitre IV				
		P13 13-14	Engagement 14-15	Cible 2015
1.08	Santé mentale			
1.08.05 PS	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services			250 places/ 100 000 personnes
	- Établissement	N/A	N/A	
	- CSSS/OC Ententes	77	78	
1.08.06 PS	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	30	40	100 places/ 100 000 pers
1.08.09 PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	1 279	1 176	2% de la population
1.08.C PS	Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	459	345	
1.08.D PS	Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	820	831	
3	Ressources humaines			
3.01 PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,78 %	6,31%	6,31%
3.05.01 PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	1,51%	2,14%	2,14%
3.05.02 PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,22%	1,96%	1,96%
3.06.01 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	6,81%	5,06%	5,06%
3.06.02 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	1,32%	2,71%	2,71%
3.06.03 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,00%	1,16%	1,16%
3.06.04 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	2,83%	2,24%	2,24%
3.08 PS	L'établissement aura mis à jour son plan de main-d'oeuvre	Oui	Oui	Oui
3.09 PS	L'établissement aura réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Oui	Oui	Oui
3.10 PS	L'établissement ciblé aura mis en œuvre Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Oui	Oui	Oui
3.13 PS	L'établissement accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Oui	Oui	Oui
3.14 PS	L'établissement aura obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Oui	Oui	Oui
6	Ressources informationnelles			
6.01.01 EG2	Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) mises à jour dans les délais	75%	95%	N/A

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

En matière de main-d'œuvre, les objectifs et les contributions attendues par le ministre sont identifiés à l'ENJEU 5 du plan stratégique ministériel 2010-2015, soit « l'Attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines ».

En vue d'assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée, il est essentiel de réaliser un exercice de planification de la main-d'œuvre. Dans cette perspective et afin d'assurer l'intégration des actions de l'ensemble des partenaires qui agissent dans le dossier de la main-d'œuvre, le MSSS a procédé, avec un groupe de travail national, à des travaux de révision du cadre normatif Guide pour la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO).

En avril 2012, la deuxième version a été publiée. Des séances de formation ont eu lieu spécifiquement pour les porteurs régionaux des dossiers de GPMO, soit les professionnels et les techniciens des agences qui ont à soutenir les établissements. Ces derniers agissent en tant qu'agents multiplicateurs auprès des établissements de leur région et assurent le soutien et la formation des porteurs locaux.

Production et mise à jour annuelle d'un plan de main-d'œuvre

Les travaux du comité national ont permis de définir le contenu minimal d'un plan de main-d'œuvre local, régional et national, et de prévoir leur intégration dans la séquence annuelle des cycles de gestion. Les modalités entourant les informations que les agences doivent transmettre annuellement au MSSS ont été communiquées lors de la présentation de la version 2 du GPMO. En outre, le premier cycle de gestion relatif à la production de plan de main-d'œuvre, pour lequel une reddition de comptes est prévue, a débuté en avril 2012.

En sus de la mise à jour annuelle de son plan régional en matière de planification de la main-d'œuvre, et en rapport avec l'indicateur 3.08 « Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre », l'Établissement devra saisir les informations appropriées à l'aide d'un gabarit prévu à cette fin et les transmettre à l'Agence à la date indiquée au « Cycle de production d'un plan de main-d'œuvre ».

Enquête sur les postes vacants

Le modèle de projection utilisé par le MSSS requiert, pour les titres d'emploi autres qu'en soins infirmiers, une connaissance approfondie des postes vacants. Puisque la donnée « poste » est maintenant disponible sur l'actuel Système d'information sur les ressources humaines (SIRH), et dans l'optique d'éviter une double saisie de données aux établissements et aux agences, le MSSS établit ses analyses et ses projections pour les titres d'emploi vulnérables² à partir de la banque de données SIRH.

Étant donné l'importance d'avoir accès à des données valides, votre Établissement devra mettre à jour la structure de postes pour l'ensemble des titres d'emploi, et ce, selon la procédure décrite au GPMO (version 2012).

Démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

Pour assurer une utilisation optimale des compétences du personnel, et en rapport avec l'indicateur 3.09 « Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail » l'Établissement devra s'assurer que le formulaire prévu à cette fin dans GESTRED soit complété.

² Chaque année, une liste des titres d'emplois vulnérables sera élaborée. Celle-ci fera l'objet de validation au Comité de coordination des ressources humaines (CCRH) et ajustée si nécessaire.

Mesures prévues aux conventions collectives

Afin que les mesures mises en place lors du renouvellement des conventions collectives avec les salariés engendrent les résultats escomptés concernant l'attraction et la rétention dans les secteurs ciblés, l'Établissement doit s'assurer d'appliquer intégralement les dispositions prévues aux conventions collectives. Toutes autres dispositions régissant les conditions de travail des employés du RSSS (professionnels de la santé et personnel d'encadrement) doivent également être respectées.

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

Ce chapitre précise l'engagement de l'établissement, d'une part, à offrir les services en fonction de l'enveloppe budgétaire qui lui est accordée et des objectifs de résultats fixés par le MSSS et, d'autre part, à atteindre l'équilibre budgétaire ou, le cas échéant, un surplus lui permettant de rembourser les écarts à la cible non autorisés.

Offrir des services à un niveau correspondant à l'enveloppe budgétaire

Le CSSS de Vaudreuil-Soulanges disposera, pour 2014-2015, d'un budget net de fonctionnement de 52 085 522 \$ et de revenus déductibles évalués à 7 324 535 \$. Son budget brut de fonctionnement s'élève donc à 59 410 057 \$. Le budget prend aussi en considération la récurrence des montants déjà signifiés pour l'exercice 2013-2014, ajustés des bases annuelles ou annualisées qui vous ont été confirmées. Il comprend également la réduction des dépenses relatives aux mesures d'optimisation et administratives, ainsi que l'évolution des coûts reliés à l'indexation des salaires au 1^{er} avril 2014, de la progression du personnel dans les échelles salariales, de la variation du coût des parts de l'employeur et de l'indexation des autres dépenses, selon les paramètres qui vous ont été transmis.

Comme mentionné au projet de loi 41 modifiant la Loi sur la fonction publique, la mesure prévue en application du projet de loi n^o 100 (article 8) à l'effet qu'aucun boni sur le rendement ne peut être alloué au personnel d'encadrement, est reconduite pour une année additionnelle. Aucun boni ne peut être versé en 2014-2015 au personnel d'encadrement.

Ces investissements traduisent la volonté du gouvernement de répondre adéquatement aux besoins de santé et de bien-être de la population québécoise. Ils doivent être employés d'une manière adaptée à votre réalité, en gardant toutefois à l'esprit les priorités identifiées pour chacun des secteurs visés et en respectant, pour certaines activités, des consignes plus strictes.

De plus, dans le cadre du programme d'accès à la chirurgie, les tarifs seront révisés afin de respecter l'enveloppe budgétaire dédiée à cette activité.

L'enveloppe budgétaire est également soumise à certaines règles régissant sa transférabilité. Celle-ci est définie à partir de trois blocs de programmes, soit celui de la Santé publique, de la Santé physique et des autres programmes. La transférabilité du programme de Santé physique vers chacun des deux autres blocs de programmes est permise. L'inverse n'est toutefois possible qu'avec l'autorisation préalable du MSSS. De plus, la règle de transférabilité s'applique au moment de la conclusion de l'entente avec l'établissement. Ces règles doivent être prises en considération dans le processus d'approbation de tout plan de redressement d'un établissement, 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 de ceux-ci, et ce, tout en respectant les priorités ministérielles et gouvernementales.

En conformité avec la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux, un suivi rigoureux sera assuré auprès de l'établissement pouvant présenter des perspectives déficitaires en cours d'exercice. À cet égard, l'Agence s'assurera que l'établissement produit 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, l'Agence informera immédiatement l'établissement visé de son obligation de 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 DE L'ÉTABLISSEMENT

L'Établissement doit :

1. Mettre en place les structures chargées d'assumer les responsabilités dévolues par l'Entente de gestion et d'imputabilité et concevoir les activités qui assureront la concrétisation des résultats recherchés;
2. Maintenir, à moins de conditions précisées dans l'Entente de gestion et d'imputabilité, le volume de services non visés par des attentes spécifiques et respecter, le cas échéant, les engagements ou l'atteinte des cibles 2005-2010;
3. Témoigner périodiquement auprès de l'Agence de l'état d'avancement des mesures mises en place dans le cadre de l'Entente de gestion et d'imputabilité. À cet effet, l'Établissement s'engage à fournir toute l'information pertinente, notamment à effectuer le suivi des indicateurs définis dans son Entente;
4. 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 fiable lorsqu'elle est conforme à la réalité, exacte, intégrale et constante. Le directeur général de l'Établissement atteste de la fiabilité et de la validité des données transmises en s'assurant du respect des règles afférentes;
5. Mesurer et évaluer les résultats, apprécier la performance de l'Établissement, rendre les comptes appropriés au président-directeur général de l'Agence et informer les instances concernées;
6. Produire à la fin de chaque année, un rapport de gestion sur l'atteinte des résultats des indicateurs (LSSS, L.R.Q., art. 182.2) et rendre compte, auprès de l'Agence, des résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus au plan stratégique et à l'entente de gestion et d'imputabilité (Loi 127, L.R.Q., art. 158.1);
7. Transmettre l'information nécessaire au calcul des indicateurs de l'entente de gestion ainsi que toute autre information requise pour le suivi de gestion. Concernant les anciens indicateurs ne faisant plus partie de l'entente de gestion actuelle, le Ministère demande de poursuivre la collecte de données, car ils pourraient faire l'objet d'une reddition de comptes dans le cadre d'un suivi de gestion;
8. Convenir, avec le Président-directeur général de l'Agence, 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'entente de gestion et d'imputabilité de la prochaine année;
9. Produire, tel que prévu à l'article 182.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), un rapport annuel de gestion qui contiendra une déclaration sous la signature du directeur général, supportée par un processus de vérification, attestant de la fiabilité des données contenues au rapport et les contrôles afférents;
10. Dans l'éventualité d'une réorganisation du réseau, l'Établissement s'engage à collaborer avec le MSSS et l'Agence.

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 président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et le ministre de la Santé et des services sociaux 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.

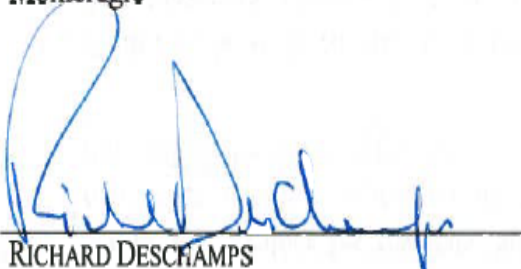
Compte tenu des dispositions de l'article 182.6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, cette Entente peut être suspendue ou annulée par l'Agence.

Signé à *Longueuil* le *21.11*.....2014

Signé à *Vaudreuil-Lac Beauport* le.....2014
3 novembre 2014

Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Le directeur général du CSSS de Vaudreuil-Soulanges


RICHARD DESCHAMPS


MICHEL LAPOINTE