



Rapport annuel de gestion 2013-2014

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Le *Rapport annuel de gestion 2013-2014* est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, sous la coordination du Secrétariat général, direction des communications et des affaires corporatives.

PLANIFICATION ET COORDINATION

Christine Daniel

RÉDACTION

Marco Brochu

SECRÉTARIAT

Lynn Provost

GRAPHISME

Z Communications

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Agence de la santé et des services sociaux (2014). *Rapport annuel de gestion 2013-2014*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Ce document est disponible en version électronique sur le site Web de l'Agence, www.santemonteregie.qc.ca/agence, sous l'onglet Documentation.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

978-2-89342-653-2 (version imprimée)

978-2-89342-654-9 (version PDF)

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

La Montérégie compte 1,5 million d'habitants, soit 18 % de la population québécoise. Elle constitue la deuxième région sociosanitaire la plus peuplée, après Montréal. Le budget alloué au réseau de la santé et des services sociaux montérégien est de 2,4 milliards de dollars. L'année 2013-2014 a été marquée par plusieurs améliorations apportées aux services à la population, en voici les faits saillants.

Perte d'autonomie

L'une des priorités de l'année 2013-2014 est sans contredit les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Le dépôt du Livre blanc « L'autonomie pour tous » au printemps 2013 fait foi de l'importance accordée à l'urgence de mieux adapter nos services au vieillissement de notre population.

Hébergement

Deux nouveaux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont ouvert leurs portes au cours de l'année, ce qui représente 132 nouvelles places d'hébergement à Sainte-Catherine et à Granby. De plus, 264 places ont été créées dans des ressources offrant une alternative à l'hébergement traditionnel (ressources intermédiaires, ressources de type familial), pour un total de 844 places en dehors du réseau institutionnel des CHSLD. La mise en œuvre du Plan de services intégrés pour les personnes âgées a également permis de développer 16 nouvelles places pendant l'année sur un total de 91 places supplémentaires en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) depuis 2011. Le nombre d'usagers desservis par ce programme est de 1 824 usagers.

Services à domicile

En 2013-2014, 27 600 personnes ont reçu des services de soutien à domicile. Les investissements consentis au cours de l'année ont de plus permis d'augmenter l'intensité des services, passant de 28 interventions en moyenne par usager à 32 interventions.

Résidences privées pour aînés

La Montérégie compte 314 résidences privées pour aînés certifiées pour un total d'environ 19 000 unités locatives. Une équipe d'inspection s'assure que celles-ci respectent la réglementation en vigueur.

Déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement

À l'automne 2013, l'Agence était convoquée, avec une autre agence et deux établissements, à la Commission d'administration publique afin d'y présenter une reddition de compte en rapport avec les services dispensés dans notre région par les deux centres de réadaptation en déficience intellectuelle (DI) et en troubles envahissants du développement (TED). L'audition a permis d'éclairer les parlementaires sur ces services et de répondre à leurs questions. L'Agence a notamment présenté son projet d'optimisation des processus d'évaluation diagnostique TED. Des recommandations visant l'ensemble de la province ont été formulées suite à cette audition. L'Agence collabore avec le Ministère afin d'en assurer leur application.

Une priorité a été accordée cette année au développement d'activités de jour pour les jeunes de 21 ans et plus. En effet, jusqu'à l'âge de 21 ans, ces jeunes passaient une bonne partie de leur journée en milieu scolaire, mais après 21 ans, l'offre de service était plus limitée. Ces activités ont permis à 350 jeunes adultes de poursuivre le maintien de leurs acquis au plan des habiletés sociales, motrices et intellectuelles ainsi que de vivre une forme d'intégration sociale, notamment en favorisant leur participation à des activités dans la communauté.

Services de première ligne médicale

La Montérégie compte 231 cliniques médicales, dont 40 groupes de médecine de famille (GMF) et 5 cliniques-réseau offrant des heures d'ouverture étendues et des plages horaires sans rendez-vous. La région compte également 1 425 médecins de famille, 925 médecins spécialistes et maintenant 24 infirmières praticiennes spécialisées. Près d'une centaine sont prévues dans la région d'ici 2018. Des

guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille existent dans les 11 centres de santé et de services sociaux du territoire. Depuis leur mise en place en 2009, près de 100 000 personnes ont été référées à un médecin de famille, dont 24 600 dans la dernière année. Les services de première ligne demeurent une priorité pour notre région.

Rapatriement de certaines activités du CHUM et du CUSM

En prévision de l'ouverture des deux centres hospitaliers universitaires (CHU) montréalais en 2015 (CUSM) et 2016 (CHUM), les agences de la Montérégie, des Laurentides, de Lanaudière et de Laval se sont vu confier par le MSSS, en 2010, le mandat de planifier le rapatriement de certaines activités consommées par la population du « 450 » dans ces deux centres hospitaliers montréalais. Comme la capacité d'accueil des deux CHU sera réduite, les régions périphériques doivent développer une offre de service accrue pour certains services de soins généraux et spécialisés, et ce, dorénavant plus près des lieux de résidence.

Pour la Montérégie, les volumes d'activités à rapatrier représentent 121 lits d'hospitalisation, 3,6 salles d'opération, 3 700 chirurgies d'un jour, 4 500 hospitalisations et 74 000 consultations externes (soit 13 % de plus par rapport au total des visites actuelles). À l'été 2013, se sont ajoutées 3 000 chirurgies d'un jour, 1 000 chirurgies de la cataracte, 400 accouchements et près d'une centaine d'usagers en pré-dialyse. Ces dernières activités doivent être en place en 2014-2015.

Six établissements de notre région sont concernés par ce rapatriement : les CSSS de Pierre-Boucher, Champlain-Charles-Le Moyne, Haut-Richelieu-Rouville, du Suroît, Jardins-Roussillon et Richelieu-Yamaska. Des travaux d'aménagement et de construction sont en cours dans ces établissements afin d'augmenter leur capacité d'accueil.

Des services spécialisés dans le territoire de Vaudreuil-Soulanges

En attendant la concrétisation du projet d'hôpital, des services spécialisés seront offerts à la clientèle du CSSS dès l'automne 2014.

La nouvelle clinique de services ambulatoires offrira des consultations spécialisées, notamment, en pédiatrie, en gynéco-obstétrique, en médecine interne et en chirurgie générale, de même qu'un service d'échographie et un centre d'évaluation et de traitement en soins ambulatoires gériatriques.

Entente de gestion 2013-2014

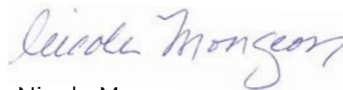
L'Agence a atteint ou dépassé les engagements prévus à l'entente de gestion 2013-2014 dans 72 % des cas, soit pour 60 indicateurs sur les 83 prescrits dans cette entente. Nous vous invitons à lire le détail de ces résultats dans ce rapport.

Remerciements au personnel du réseau

En terminant, nous désirons remercier le personnel et les médecins de notre réseau. En 2013-2014, plus de 35 000 personnes étaient au service de la santé et du bien-être des Montérégiens. Nous sommes fiers de pouvoir compter sur un réseau intégré et solidaire puisqu'en Montérégie, l'union fait la santé!

Merci également aux membres des conseils d'administration des établissements pour leur contribution à la gouvernance de ce réseau.

La présidente du conseil d'administration,



Nicole Mongeon

Le président-directeur général,



Richard Deschamps

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION DE L'AGENCE ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2013-2014 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, ainsi que les contrôles y afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

Le président-directeur général,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Richard Deschamps'.

Richard Deschamps

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au « Manuel de gestion financière » édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Deloitte s.e.n.c.r.l. a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Deloitte s.e.n.c.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Richard Deschamps
Président-directeur général



François Côté
Adjoint au président-directeur général et
directeur des services administratifs par intérim

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	I
---	---

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION DE L'AGENCE ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	III
---	-----

RAPPORT DE LA DIRECTION	IV
-------------------------	----

ABRÉVIATIONS ET SIGLES	XI
------------------------	----

1. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

1.1 Mission	2
1.2 Objet.....	2
1.3 Territoire.....	3
1.4 Structure de l'organisation	4
1.4.1 Les comités et les commissions.....	5
1.4.2 Les effectifs de l'Agence.....	5
1.5 En soutien au réseau montréalais	7
1.5.1 Le Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance (LEGG).....	7
1.5.2 Groupe biomédical de la Montérégie (GBM)	7
1.6 Accès à l'information.....	9
1.6.1 Délais de réponse.....	9
1.6.2 Traitement des demandes d'accès	9
1.6.3 Demandes de révision à la Commission d'accès à l'information (CAI)	9
1.6.4 Sensibilisation du personnel sur l'accès aux documents	10

2. LE RÉSEAU MONTRÉLAIS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

2.1 La vision	12
2.2 Les établissements.....	12
2.3 Modifications apportées au réseau pendant l'exercice.....	13

2.4	Les effectifs du réseau	14
2.4.1	Effectifs des établissements	14
2.4.2	Médecins.....	14
2.5	Les cliniques médicales et GMF.....	15
2.6	Les organismes communautaires.....	16
2.7	Les résidences privées pour aînés (RPA).....	17
2.8	Prix et distinctions	17

3 L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE

3.1	En bref	22
3.1.1	Une population en croissance, mais tout de même vieillissante.....	22
3.1.2	Disparités socioéconomiques.....	23
3.1.3	L'espérance de vie progresse	23
3.1.4	La santé des nouveau-nés s'améliore.....	23
3.2	Santé physique.....	24
3.2.1	Les tumeurs, au premier rang des causes de décès.....	24
3.2.2	Les maladies de l'appareil circulatoire : un problème préoccupant en Montérégie.....	24
3.2.3	Les maladies de l'appareil respiratoire : responsables de plus d'une hospitalisation sur dix	24
3.2.4	Le diabète n'est pas en reste	25
3.2.5	Quelques facteurs de risque	25
3.2.6	Les maladies transmissibles : encore de belles batailles à livrer.....	26
3.3	Santé mentale ou psychosociale.....	26
3.4	Jeunesse	27

4. GRANDS DOSSIERS RÉGIONAUX

4.1	Rapatriement de certaines clientèles en Montérégie (514-450).....	30
4.1.1	Description du projet de rapatriement	30
4.1.2	Financement.....	30
4.1.3	Réalisation.....	30
4.2	Plan régional des effectifs médicaux spécialisés (PREM)	30
4.3	Accroissement et vieillissement de la population montérégienne	31

4.4	La Montérégie-Ouest (Grand Suroît)	31
4.4.1	Plan d'action	31
4.4.2	L'Hôpital de Vaudreuil-Soulanges	32
4.4.3	Le développement de services ambulatoires transitoires	32
4.4.4	L'Hôpital du Suroît	32
5.	RÉSULTATS 2013-2014 : PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET ENTENTE DE GESTION	
5.1	Enjeu 1 : La prévention et la réduction des inégalités	34
5.2	Enjeu 2 : Les services de première ligne	36
5.2.1	Services généraux	36
5.2.2	Clientèles ayant des besoins particuliers	39
5.2.3	Perte d'autonomie et vieillissement	45
5.2.4	Hébergement pour les personnes en perte d'autonomie	47
5.3	Enjeu 3 : La réduction des délais pour l'accès aux services	49
5.3.1	Les services aux personnes présentant une déficience	49
5.3.2	Les services de médecine et de chirurgie	54
5.3.3	Santé mentale	62
5.4	Enjeu 4 : La qualité et l'innovation	66
5.4.1	Innovation en perte d'autonomie et vieillissement	66
5.4.2	Qualité des soins et services	66
5.5	Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale du personnel	70
5.6	Enjeu 6 : Une gestion performante et imputable	74
5.7	Les projets d'optimisation	76
5.8	Accessibilité aux services	80
6.	LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	
6.1	Organismes communautaires subventionnés par l'Agence	84
6.1.1	Allocation annuelle	84
6.1.2	Indexation	85
6.1.3	Itinérance - toxicomanie	85

7. L'UTILISATION DES RESSOURCES RÉGIONALES

7.1	Ressources financières	88
7.1.1	Budget régional	88
7.1.2	Objectif de retour à l'équilibre budgétaire (établissements publics).....	88
7.1.3	Bilan de l'application de la Loi 100 et des mesures d'optimisation	89
7.1.4	Autorisations d'emprunts temporaires accordées aux établissements publics	89
7.1.5	Développement 2013-2014 (base annuelle).....	89
7.2	Effectifs du réseau et ressources humaines.....	90
7.2.1	Planification de la main-d'œuvre et stratégies d'attraction.....	90
7.2.2	Développement des compétences (réseau).....	91
7.2.3	Développement des compétences des cadres.....	92
7.2.4	Organisation du travail	93
7.2.5	Projets d'amélioration des conditions d'exercice des cadres.....	93
7.2.6	Appels de projets des comités interrégionaux	93
7.3	Immobilisation et équipements de technologie médicale	94
7.3.1	Les enveloppes régionalisées	94
7.3.2	Les projets de construction et d'acquisition d'équipement de plus de 500 000 \$.....	95
7.4	Ressources informationnelles réseau	97
7.4.1	La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	98
7.4.2	Informatisation du réseau - DSQ - DCI - DMÉ	98
7.4.3	Maintien des actifs dédiés aux ressources informationnelles	99

8. SATISFACTION ET PLAINTES

8.1	La commissaire régionale de l'Agence	102
8.2	Les commissaires locaux	103
8.3	Les médecins examinateurs	104

9. LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

9.1	Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés	106
9.2	Les états financiers de l'Agence	108

ANNEXES

Annexe I	Le conseil d'administration de l'Agence, conseils et comités	A-2
Annexe II	Budget net de fonctionnement des établissements, surplus ou déficit	A-8
Annexe III	Subventions détaillées aux organismes communautaires.....	A-10
Annexe IV	Code d'éthique et de déontologie.....	A-28
Annexe V	Notes aux états financiers – audités	A-33
Annexe VI	État de suivi des réserves	A-42

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES

Tableau 1	Effectifs de l'Agence (31 mars 2014)	5
Tableau 2	Nombre de demandes d'accès	9
Tableau 3	Demandes de révision CAI	10
Tableau 4	Établissements de la Montérégie (31 mars 2014)	12
Tableau 5	Effectifs des établissements de la Montérégie (31 mars 2013)	14
Tableau 6	Répartition des médecins spécialistes par spécialité en Montérégie (31 mars 2014)	14
Tableau 7	Montérégiens inscrits auprès d'un médecin de famille (31 mars 2014)	16
Tableau 8	Répartition de la population par grand groupe d'âge, Montérégie, 2013	22
Tableau 9	Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus et taux d'accroissement (%) selon le RLS, Montérégie, 2003 et 2013	22
Tableau 10	Allocations accordées aux organismes communautaires et autres OSBL	84
Tableau 11	Indexation et crédits accordés aux organismes communautaires	85
Tableau 12	Développement des compétences réseau - bilan statistique 2013-2014	92
Tableau 13	Enveloppes budgétaires 2013-2014	94
Tableau 14	Projets majeurs d'investissement	96
Tableau 15	Projets de construction régionalisés de plus de 1 M\$	97
Tableau 16	Projets d'acquisition d'équipements de plus de 500 000 \$	97
Figure 1	Organigramme de l'Agence (31 mars 2014)	4
Figure 2	Structure de consultation régionale	6
Graphique 1	Nombre de demandes d'accès à l'information	9
Graphique 2	Proportion de la population de 18 ans et plus, vivant en ménage privé, présentant un surplus de poids, RLS et Montérégie, 2009	25
Graphique 3	Nombre d'usagers suivis par les équipes de santé mentale de 1 ^{re} ligne	62
Graphique 4	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves	63
Graphique 5	Nombre de places en services de suivi d'intensité variable pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves	63
Graphique 6	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ou de 3 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	64

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

Agence	Agence de la santé et de services sociaux de la Montérégie	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux	CTI	Centres de traitement informatique
AVC	Accidents vasculaires cérébraux	CUSM	Centre universitaire de santé McGill
CAFE	(Programme) Crise-Ado-Famille-Enfance	DCI	Dossier clinique informatique
CAI	Commission d'accès à l'information	DI	Déficiência intellectuelle
CCSM	Comité de coordination stratégique de la Montérégie	DMÉ	Dossier médical électronique
CHSGS	Centre hospitalier de services généraux et spécialisés	DMS	Durée moyenne de séjour
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	DP	Déficiência physique
CHU	Centre hospitalier universitaire	DRMG	Département régional de médecine générale
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal	DSP	Direction de santé publique
CICM	Centre intégré de cancérologie de la Montérégie	DSQ	Dossier santé Québec
CIR	Commission infirmière régionale	EG	Entente de gestion
CJM	Centre jeunesse de la Montérégie	EIS	Évaluations d'impact sur la santé
CLSC	Centre local de services communautaires	ÉR	Établissements régionaux
CMR	Centre montréalais de réadaptation	ESP	État de santé des projets
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale	ETC	Équivalent temps complet
CoMPAS	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins de santé	GAIN	<i>Global Appraisal Individual Need</i>
CR	Centre de réadaptation	GBM	Groupe Biomédical Montérégie
CRDITEDME	Centre de réadaptation en déficiência intellectuelle et en trouble envahissant du développement de la Montérégie-Est	GMF	Groupes de médecine de famille
		ICI	(Programme) d'intervention comportementale intensive
		INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
		IPS	Infirmière praticienne spécialisée en soins de 1 ^{re} ligne
		ISQ	Institut de la statistique du Québec
		ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang

LEGG	Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance de la santé et des services sociaux
LIM	Laboratoire d'imagerie médicale
Loi 100	Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MCV	Maladie cardiovasculaire
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
ORIIM	Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie
OSBL	Organisme sans but lucratif
PACS	<i>Picture Archiving Communication System</i>
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PARI	Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles
PGRI	Plan de gestion en ressources informationnelles
PNSP	Programme national de santé publique
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PS	Planification stratégique
PSI	Plan de services individualisé
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires

PTPARI	Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCM	Réseau Cancer Montérégie
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RNIASSSS	Registre national des incidents/accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux
ROMAN	Regroupement des organismes montérégiens d'aidants naturels
RPA	Résidence pour personnes âgées
RSIPA	Réseau de services intégrés pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SAD	Soutien à domicile
SARDM	Système automatisé, robotisé de distribution des médicaments de la Montérégie
SIL	Systèmes informationnels de laboratoire
SIP	Système d'information de pharmacie
SIQ	Société immobilière du Québec
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SM	Santé mentale
SRSOR	Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
TCC	Traumatisme craniocérébral

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

TED	Trouble envahissant du développement
TGC	Troubles graves du comportement
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
TS	Temps supplémentaire
TTGC	Trouble très grave de comportement
UMF	Unité de médecine familiale
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
VIH	Virus d'immunodéficience humaine



1. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

1.1 Mission

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Agence) a pour mission d'assurer la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région afin d'en améliorer la performance jusqu'à l'excellence et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population dont elle est responsable.

L'Agence vise à devenir le chef de file de la transformation et de l'amélioration du système régional de santé et de services sociaux en misant sur :

- une perspective populationnelle de santé publique;
- une approche de programme intégré;
- une organisation en mode réseau.

Elle compte y arriver en mettant en valeur l'expertise de son personnel, tout en y associant activement des partenaires sectoriels et intersectoriels au bénéfice de la population montréalaise.

L'Agence souscrit aux valeurs de l'administration publique, soit la compétence, l'impartialité, l'intégrité, la loyauté et le respect. Sa charte des valeurs est centrée sur les besoins de la personne et de la population.

1.2 Objet

Conformément à l'article 340 de la Loi, l'Agence a pour objet :

- 1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
 - 1.1° de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- 2° de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;

- 3° d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;
- 4° d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;
- 5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
 - 5.1° d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du Ministre, la coordination interrégionale;
- 6° de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- 7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
 - 7.1° d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2);
 - 7.2° d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
 - 7.3° de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux

besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;

- 7.4° de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
 - 7.5° de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
 - 7.6° de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;
 - 7.7° de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus; elle doit rendre compte de l'application du présent paragraphe dans une section particulière de son rapport annuel de gestion;
 - 7.8° de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;
- 8° d'exécuter tout mandat que le Ministre lui confie.

1.3 Territoire

La Montérégie représente un territoire de plus de 11 000 km² caractérisé par le côtoiemment de zones urbaines, semi-rurales et rurales.

La région desservie par l'Agence s'étend de Valleyfield à Sorel-Tracy, d'ouest en est, de Longueuil à la frontière américaine, du nord au sud, et de Longueuil à Sutton vers le sud-est. Elle comprend également L'Île-Perrot ainsi que le secteur qui va de Vaudreuil à la frontière ontarienne.

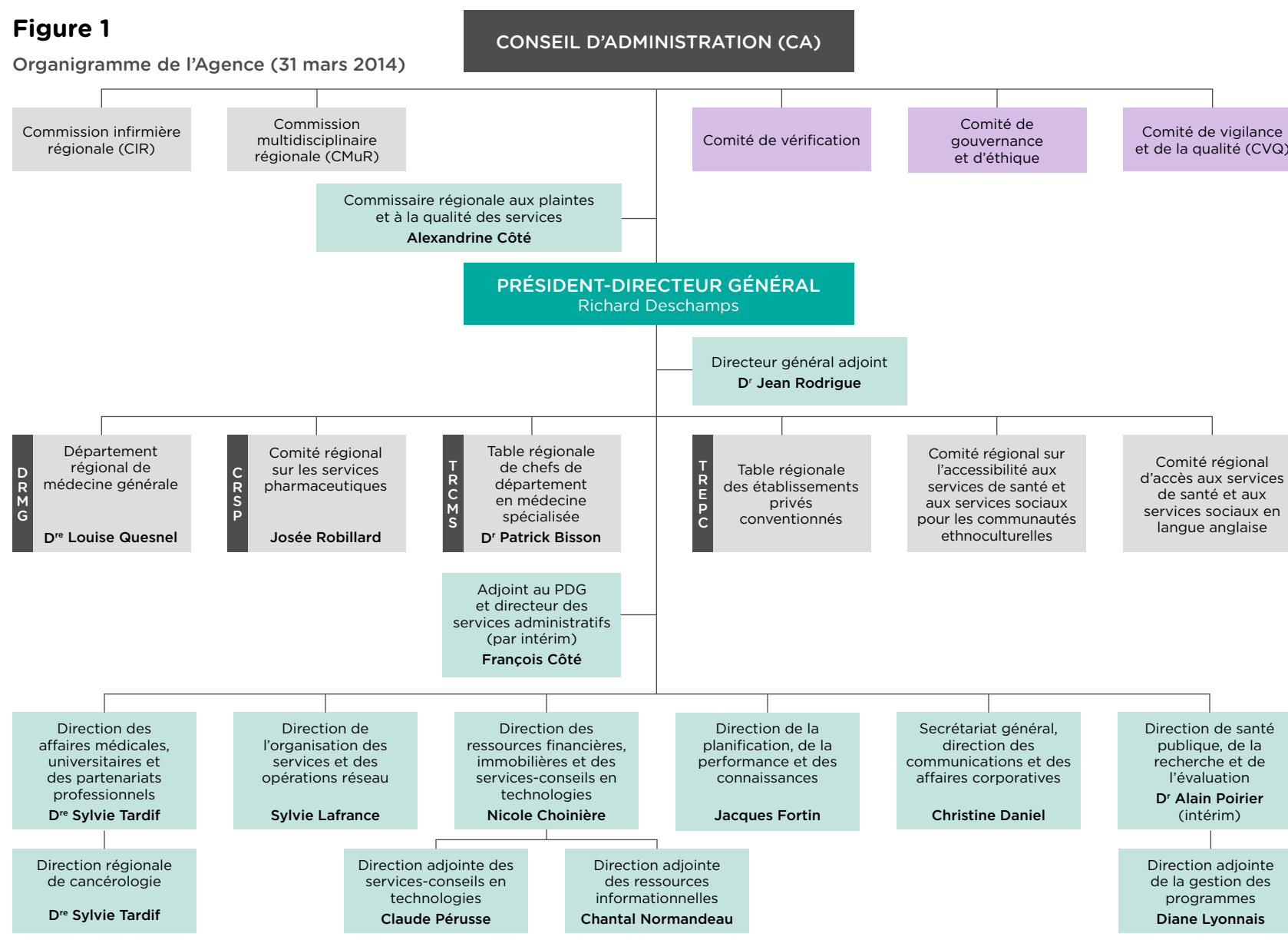
Elle compte aujourd'hui 177 municipalités, 14 municipalités régionales de comté (MRC), un territoire équivalent de MRC pour l'agglomération de Longueuil, et deux réserves autochtones : Akwesasne et Kahnawake.

En 2013, la population de la Montérégie s'élevait à 1 499 088 personnes.

1.4 Structure de l'organisation

Figure 1

Organigramme de l'Agence (31 mars 2014)



1.4.1 Les comités et les commissions

La structure organisationnelle de l'Agence s'appuie notamment sur un conseil d'administration ainsi que sur 3 comités internes : le comité de gouvernance et d'éthique, le comité de vérification, le comité de vigilance et de la qualité; et 7 comités régionaux : la Commission infirmière régionale, la Commission multidisciplinaire régionale, le Département de médecine générale, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, le Comité régional sur les services pharmaceutiques, le Comité régional sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux personnes d'expression anglaise et le Comité régional sur l'accessibilité aux services de santé et aux services régionaux pour les communautés ethnoculturelles. Ces comités sont constitués de professionnels de la santé et des services sociaux ou de groupes spécifiques de la population. Enfin, une instance regroupe les directeurs généraux de tous les établissements de la Montérégie : le Comité de coordination stratégique de la Montérégie.

1.4.2 Les effectifs de l'Agence

À la fin de l'exercice 2013-2014, l'Agence comptait 389,33 employés équivalent temps complet (ETC), dont 37 cadres et 285 employés réguliers.

Tableau 1

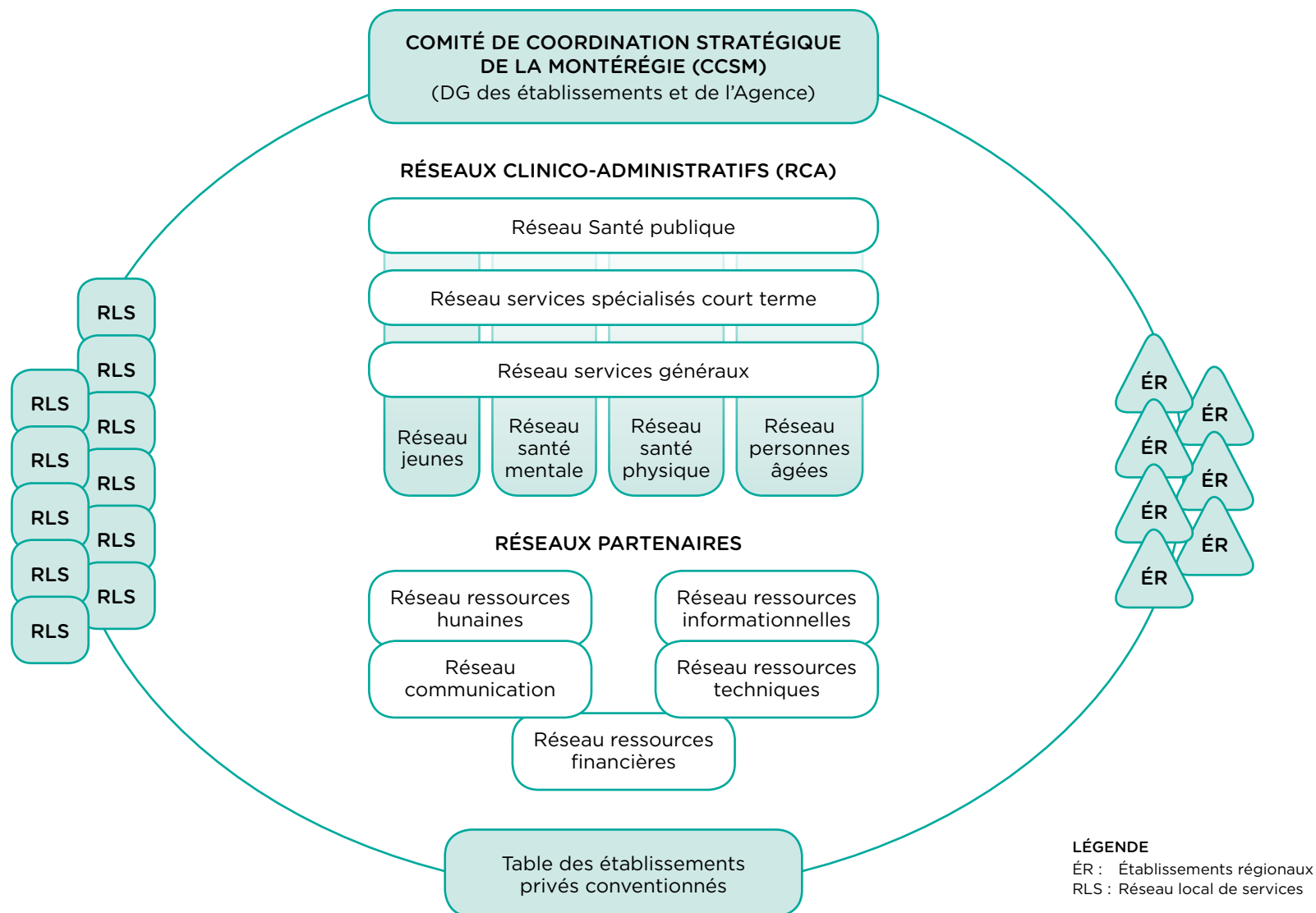
Effectifs de l'Agence (31 mars 2014)

	2013-2014	2012-2013
Cadres		
Temps complet, excluant les personnes en stabilité d'emploi	39	37
Temps partiel, excluant les personnes en stabilité d'emploi - nombre de personnes ETC	0	1,42
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers		
Temps complet ETC, excluant les personnes en sécurité d'emploi	279	285
Temps partiel, excluant les personnes en sécurité d'emploi - nombre de personnes ETC	9,81	9,86
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice*	110 796	102 425
Équivalent temps complet	60,87	56,06

* Le nombre d'heures rémunérées des occasionnels inclut les heures de remplacement des employés réguliers.

Figure 2

Structure de consultation régionale



1.5 En soutien au réseau montérégien

1.5.1 Le Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance (LEGG)

En soutien à la prise de décision des gestionnaires et cliniciens du réseau Montérégie et de l'Agence et, dans une optique de formation et d'habilitation du réseau, l'Agence s'acquitte de ce mandat par la réalisation des activités suivantes :

- produire des analyses de performance et des outils d'aide à la décision devant soutenir les gestionnaires et les cliniciens du réseau de la Montérégie;
- répertorier et diffuser les données probantes et les meilleures pratiques;
- favoriser la collaboration d'experts et le rapprochement entre les décideurs, les chercheurs et les experts;
- assurer la formation de plusieurs courtiers de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- développer des instruments informationnels et collaboratifs permettant d'accéder rapidement et efficacement à l'information et aux connaissances disponibles. Au cours de la dernière année, le Carrefour informationnel a été amélioré, permettant au réseau d'interroger les données populationnelles, de consommation et d'utilisation des services en Montérégie ainsi que des projections populationnelles;
- assurer l'intégration des suivis de la planification stratégique régionale et leur diffusion auprès des instances décisionnelles de l'Agence et du réseau;
- soutenir l'expérimentation et l'adoption de pratiques novatrices en matière de gestion et de gouvernance des services de santé et de services sociaux.

Sur ce dernier point par ailleurs, le LEGG a soutenu au cours de la dernière année 5 établissements qui ont terminé avec succès 4 projets novateurs.

Établissements	Résumé des nouvelles pratiques
CSSS La Pommeraie	Collaboration intersectorielle avec le milieu afin de rejoindre une clientèle très vulnérable
CSSS du Suroît	Programme d'orientation des candidates à l'exercice à la profession d'infirmière basé sur une approche intégrée, individualisée et multimédia
CSSS Pierre-Boucher et Centre montérégien de réadaptation (CMR)	La clé pour l'orientation des enfants de 0-4 ans présentant des indices de retard de développement sur le plan langagier et/ou moteur
CSSS Pierre-De Saurel	Innover tout au long de la trajectoire de soins des personnes âgées vulnérables en vue d'améliorer la prise en charge clinique

1.5.2 Groupe biomédical de la Montérégie (GBM)

Le GBM est une équipe multidisciplinaire d'experts-conseils œuvrant en technologies de la santé composée de 34 personnes, dont 27 conseillers professionnels. Il s'agit d'un service autofinancé au sein de l'Agence. Le GBM guide les intervenants du réseau de la santé du Québec dans leurs projets pour les aspects relatifs à la gestion et à l'utilisation sécuritaire des technologies biomédicales, informationnelles et immobilières. Ce groupe unique en son genre au Québec est divisé en six secteurs d'activités : acquisition des équipements médicaux, ingénierie et physique biomédicales, immobilisations et planification d'équipements, technologies de l'information, logistique hospitalière, ainsi que conseils en gestion.

Cette année, le chiffre d'affaires du GBM a atteint 3 127 990 \$ pour 30 381 heures facturées à plus de 98 clients répartis dans les 18 régions administratives du Québec. À ce total, s'ajoutent les efforts consentis à maintenir les programmes spécialisés du GBM que sont les alertes médicales, les sessions de formation spécialisée, la planification de l'entretien préventif et la sécurité électrique continue des équipements médicaux. Un nouveau programme

de soutien aux gestionnaires, nommé *Groupe de Benchmarking Biomédical*, a aussi vu le jour à la suite de l'achèvement du projet pilote en cours d'année. Les 12 membres du groupe témoin ont défini plusieurs indicateurs de performance de la gestion d'un service de génie biomédical qui sont maintenant disponibles à l'ensemble des établissements du Québec qui voudront bien se joindre au programme, et ainsi contribuer au développement de données probantes spécifiques au contexte québécois.

Ainsi, en 2013-2014, le GBM a :

- agi à titre d'expert-conseil dans la planification, l'acquisition et l'optimisation du parc d'équipements médicaux spécialisés;
- réalisé des achats regroupés nationaux en haute technologie pour des systèmes d'imagerie médicale, dont des appareils d'IRM pour les nouveaux CHU de la région de Montréal, des systèmes d'hémodialyse et plusieurs autres technologies électromédicales;
- fourni l'expertise aux fins de la mise en œuvre du projet OPTILAB en Montérégie pour optimiser ce secteur névralgique par la mise en commun des activités de plusieurs laboratoires de biologie médicale;
- soutenu les agences des Laurentides, de Laval et de Lanaudière dans l'élaboration du plan d'action commun relatif au projet OPTILAB dans ces trois régions;
- géré les services de génie biomédical du CSSS de Laval et de l'Hôpital de Montréal pour enfants;
- soutenu le MSSS dans la gestion de l'inventaire des fournitures résiduelles suite à la pandémie de grippe H1N1 et de leur utilisation dans les établissements;
- fourni l'expertise au CSSS de Vaudreuil-Soulanges pour planifier et acquérir les équipements médicaux dans le cadre de l'ouverture de la nouvelle clinique médicale spécialisée;
- maintenu ses collaborations universitaires avec l'École Polytechnique de Montréal, l'École de technologie supérieure ainsi qu'avec l'Université de Technologie Compiègne en France,

notamment en accueillant des stagiaires en génie clinique et en offrant aux étudiants un atelier pratique spécialisé sur les règles d'acquisition des équipements médicaux;

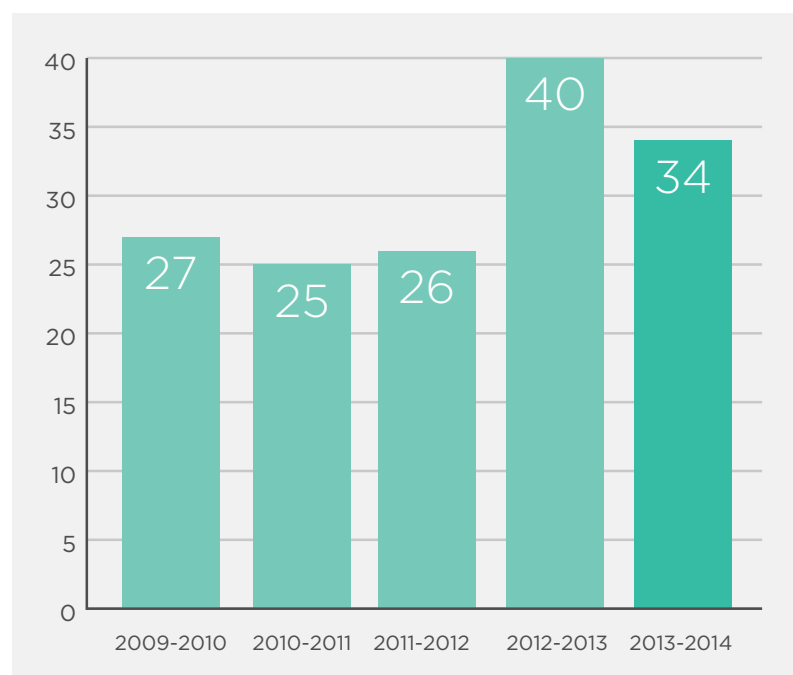
- fourni des services de radioprotection et d'évaluation de blindage à l'ensemble des établissements desservis incluant la finalisation des projets de calculs pour le design des bunkers de radiothérapie pour les nouveaux CHU de la région de Montréal;
- réalisé diverses enquêtes relatives à des incidents et accidents impliquant des équipements médicaux spécialisés et a agi à titre d'expert dans le cadre de litiges en responsabilité civile hospitalière impliquant le fait d'équipements médicaux;
- poursuivi les mandats autour du Système automatisé, robotisé de distribution des médicaments de la Montérégie (SARDM);
- réalisé les révisions générales des processus et a implanté des programmes d'amélioration continue de la qualité en génie biomédical dans des établissements de tout le Québec, en conformité avec le programme *Qmentum* d'Agrément Canada;
- continué de soutenir les communautés Cris qui procèdent actuellement à la réforme de leurs institutions de santé en lien avec Santé Canada;
- collaboré activement au sein de l'équipe de consultants en technologie affectés à la conception, la planification et la réalisation du site Glen du Centre universitaire de santé McGill;
- soutenu l'Agence dans les projets en technologie de l'information, soit la préparation de l'architecture et de l'appel d'offres en vue de la centralisation des centres de traitement informatique (CTI), l'implantation du système d'information de pharmacie (SIP) régional et l'implantation d'un bureau de projet;
- animé le comité régional qui doit développer des scénarios pour le remplacement des systèmes informationnels de laboratoire (SIL) par un système régional commun;
- piloté le déploiement et la mise en service des visualiseurs DSQ au sein des GMF, des cliniques médicales et des LIM de la Montérégie.

1.6 Accès à l'information

En 2013-2014, 34 demandes ont été traitées en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., chapitre A-2.1), comparativement à 40 en 2012-2013.

Graphique 1

Nombre de demandes d'accès à l'information



1.6.1 Délais de réponse

Pratiquement toutes les demandes ont été répondues dans les délais puisque 85 % (29 demandes) ont été répondues à l'intérieur des délais et 15 % (5 demandes) avec une journée de retard.

Tableau 2

Nombre de demandes d'accès

Délai	2013-2014		2012-2013	
	Nombre	%	Nombre	%
20 jours et moins	24	70	22	55
30 jours et moins	4	12	9	22,5
65 jours et moins (avis aux tiers)	1	3	4	10
SOUS-TOTAL	29	85	35	87,5
Avec un jour de retard	5 (5 jours)	15		
Quelques jours de retard			5 (92 jours)	12,5
TOTAL	34	100	40	100

1.6.2 Traitement des demandes d'accès

La plupart des demandes visaient plus d'un document. En tout, la responsable de l'accès aux documents a transmis 166 documents dans la dernière année.

1.6.3 Demandes de révision à la Commission d'accès à l'information (CAI)

Aucun recours en révision n'a été adressé à la CAI pour les demandes traitées au cours de cette dernière année. Toutefois, la responsable de l'accès aux documents a été entendue en audience le 30 janvier 2014. Dans son jugement en date du 15 avril 2014, la CAI a rejeté la requête en demande de révision du demandeur.

Trois autres demandes de révision étaient actives auprès de la CAI. Le 4 février 2014, cette dernière a accepté la requête de l'Agence à l'effet de regrouper les 3 causes puisqu'elles étaient présentées par le même demandeur et étaient reliées les unes aux autres. L'Agence est en attente d'une convocation en audience au cours de la prochaine année. À la fin de l'année, une seule demande demeure donc en attente auprès de la CAI.

Tableau 3

Demandes de révision CAI

Année financière	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Recours déposés à la CAI	0	3 regroupées en 1	1
Date de l'audience	-	En attente d'une convocation d'audience	30 janvier 2014
Jugement rendu	-	-	15 avril 2014

1.6.4 Sensibilisation du personnel sur l'accès aux documents

La responsable de l'accès aux documents a animé une rencontre d'information à l'intention des professionnels et gestionnaires de l'Agence pour les sensibiliser sur les obligations légales de l'Agence et sur la procédure à suivre dans le traitement d'une demande d'accès. La procédure de gestion des demandes d'accès est en cours de révision.

A photograph of medical professionals in white coats. In the foreground, a man with a beard and a stethoscope around his neck is looking down at a document. In the background, another person wearing a face mask is also looking at a document. The scene is brightly lit, suggesting a clinical or office environment.

2. LE RÉSEAU MONTÉRÉGIE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

2.1 La vision

L'Agence et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie se sont dotés d'une vision commune qui témoigne de la force d'un réseau uni et actif pour le bien-être de la population de son territoire : un réseau montréalais **intégré** et **solidaire** pour une population en santé.

- Un réseau intégré : une équipe et des établissements offrant une complémentarité et un ensemble de services garantissant une prise en charge collective et une expérience fluide.
- Un réseau solidaire : des actions concertées et la force du groupe, dans le respect des individualités de chacun.
- Une population en santé : pour un réseau qui travaille au bien-être physique, mental et social de sa population et dont le désir est que chaque individu puisse jouir d'une vie active et accomplisse son rôle dans la société.

Des piliers

Trois piliers, propres au réseau montréalais, confèrent à cette vision tout son sens.

- **Le travail interdisciplinaire et inter-établissements** propose un réseau où l'écoute et la consultation des pairs permettent une meilleure collaboration pour une prise en charge complète des patients à travers un continuum de services. La diversité et la complémentarité des pratiques y sont présentes et permettent l'accès à l'expertise, aux plateaux techniques et aux hôpitaux pour les médecins de famille.
- **L'innovation** fait partie prenante du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie. L'écoute et l'encouragement sont mis de l'avant dans le but de partager les meilleures pratiques, mais également d'en créer de nouvelles.

- **L'approche humaine** se veut au cœur des décisions du réseau. C'est en créant des liens de proximité entre les partenaires et avec la communauté, en étant à l'écoute des besoins, que nous sommes en mesure d'offrir davantage de soutien et une meilleure prise en charge des patients et des usagers.

2.2 Les établissements

Au 31 mars 2014, le réseau de la santé et des services sociaux montréalais comptait 37 établissements, dont 18 établissements publics, 10 établissements privés conventionnés, 6 établissements privés non conventionnés et 3 établissements en partenariat public-privé. Les 18 établissements publics incluent 11 CSSS et 7 établissements régionaux spécialisés (jeunesse, réadaptation).

Tableau 4

Établissements de la Montérégie (31 mars 2014)

Établissements publics	
Centres de santé et de services sociaux (CSSS) (11)	
1.	CSSS Champlain—Charles-Le Moyne
2.	CSSS de la Haute-Yamaska
3.	CSSS du Suroît
4.	CSSS du Haut-Saint-Laurent
5.	CSSS Haut-Richelieu—Rouville
6.	CSSS Jardins-Roussillon
7.	CSSS La Pommeraie
8.	CSSS Pierre-Boucher
9.	CSSS Pierre-De Saurel
10.	CSSS Richelieu-Yamaska
11.	CSSS de Vaudreuil-Soulanges

Établissements publics

Établissements régionaux spécialisés (7)

12. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est (CRDITEDME)
13. Centre jeunesse de la Montérégie (CJM)
14. Centre montréalais de réadaptation (CMR)
15. Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)
16. Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR)
17. Centre de réadaptation en dépendance Le Virage
18. Centre de réadaptation Foster

Partenariat public-privé (3)

19. CHSLD de Granby
20. CHSLD de Saint-Lambert-sur-le-Golf inc.
21. CHSLD de Sainte-Catherine

Établissements privés conventionnés (10)

22. Accueil du Rivage inc.
23. Centre d'accueil Marcelle-Ferron inc.
24. Centre d'hébergement Champlain Châteauguay
25. Centre d'hébergement Champlain Jean-Louis-Lapierre
26. Centre d'hébergement Champlain des Pometiers
27. Centre hospitalier Kateri Memorial
28. CHSLD Vigi de Brossard
29. CHSLD Vigi de la Montérégie
30. Résidence Sorel-Tracy inc.
31. Santé Courville de Waterloo

Établissements privés non conventionnés (6)

32. Centre de soins de la Gare
33. IAKHIHSOHTHA Lodge
34. Maison des Aînées de St-Timothée inc.
35. Manoir Harwood (Le)
36. Manoir Soleil inc.
37. CHSLD Argyle

2.3 Modifications apportées au réseau pendant l'exercice

Deux nouveaux CHSLD en partenariat public-privé

Au cours de la dernière année, l'offre d'hébergement régionale a été bonifiée de 132 places réparties dans 2 nouveaux centres d'hébergement. En effet, le Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Ste-Catherine (CSSS Jardins-Roussillon) a ouvert ses portes le 4 juillet 2013 et celui de Granby (CSSS de la Haute-Yamaska), le 24 novembre 2013. Le CHSLD de Saint-Jean-sur-Richelieu devrait ouvrir ses portes à l'été 2014. Rappelons que ces contrats en partenariat public-privé ont pu être octroyés suite à un rigoureux appel d'offres réalisé en 2011.

Nouveau permis octroyé au CHSLD Argyle

Le Centre d'hébergement privé non conventionné Revera Argyle, également connu sous le nom de Résidence du Parc (Saint-Lambert), a été vendu à de nouveaux propriétaires. Ce nouvel établissement porte dorénavant le nom de Centre d'hébergement et de soins de longue durée Argyle.

Validation du permis du CHSLD Résidence Bourg-Joli

Le CHSLD Résidence Bourg-Joli détient un permis de CHSLD pour 24 places depuis 1997. Toutefois, ce permis n'a jamais été exploité par l'établissement. En effet, ce dernier a toujours accueilli une clientèle autonome et semi-autonome dans sa RPA-Résidence Bourg-Joli, et ce, selon les normes prévues à la certification des RPA. L'Agence a entrepris une démarche afin de valider si cet établissement dispose des ressources nécessaires et est en mesure de répondre aux exigences requises pour exploiter un centre d'hébergement.

2.4 Les effectifs du réseau

2.4.1 Effectifs des établissements

Au 31 mars 2013 (dernières données disponibles), le réseau montérégien pouvait compter sur 33 121 employés, dont 28 % faisait partie du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires et 31 %, du personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers.

Tableau 5

Effectifs des établissements de la Montérégie
(31 mars 2013)

Catégories d'emploi	31 mars 2013*	31 mars 2012
Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires	9 316	8 921
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	10 290	9 967
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	4 229	4 142
Personnel de bureaux, techniciens et professionnels de l'administration	7 631	7 303
Personnel non visé par la Loi 30	190	173
Personnel d'encadrement	1 465	1 472
TOTAL	33 121	31 978

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, banque R-25 annuelle 2012-2013.

* Dernières données disponibles au 31 mars 2013.

2.4.2 Médecins

La région compte 2 350 médecins.

Médecins de famille

On compte 1 425 médecins omnipraticiens travaillant en cabinet privé, en clinique, dans un hôpital, en CLSC, en CHSLD ou en centre jeunesse, soit 86 de plus que l'année précédente, une augmentation de 6 %.

Médecins spécialistes

Par ailleurs, on retrouve 925 médecins spécialistes, ce qui correspond à 37 médecins spécialistes de plus que l'année précédente, soit une augmentation de 4 %. Une hausse a été constatée du côté de plusieurs spécialités, dont l'anesthésie-réanimation, la cardiologie, la chirurgie orthopédique, l'endocrinologie, la gastroentérologie, l'hématologie, la médecine interne, la médecine d'urgence, la microbiologie médicale, la néphrologie, la neurologie, l'obstétrique-gynécologie, la pneumologie, la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie, la radiologie diagnostique, la radio-oncologie, la rhumatologie et la santé communautaire. Seulement trois spécialités ont connu une baisse, soit l'anatomopathologie, l'otorhinolaryngologie et la pédiatrie.

Tableau 6

Répartition des médecins spécialistes par spécialité en Montérégie (31 mars 2014)

Spécialités	2013-2014	2012-2013
Allergie et immunologie clinique	5	5
Anatomopathologie	23	25
Anesthésie-réanimation	73	72
Biochimie médicale	5	5
Cardiologie	36	34
Chirurgie cardiovasculaire thoracique	0	0
Chirurgie générale	61	61
Chirurgie vasculaire	4	4
Chirurgie thoracique	1	1
Chirurgie orthopédique	47	44
Chirurgie plastique	12	12
Dermatologie	6	6
Endocrinologie	7	6
Gastroentérologie	30	28
Gériatrie	2	2

Spécialités	2013-2014	2012-2013
Hématologie	27	26
Médecine interne	55	51
Médecine nucléaire	10	10
Médecine d'urgence	11	9
Microbiologie médicale	27	24
Néphrologie	20	19
Neurologie	28	25
Neurochirurgie	5	5
Obstétrique – gynécologie	54	53
Ophtalmologie	33	33
Otorhinolaryngologie	24	26
Pédiatrie	41	43
Physiatrie	7	7
Pneumologie	22	17
Psychiatrie adulte	101	98
Pédopsychiatrie	29	28
Radiologie diagnostique	66	62
Radio-oncologie	13	11
Rhumatologie	5	2
Santé communautaire	15	14
Urologie	20	20
TOTAL	925	888

Source : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Base de données Access – PREM en spécialité.

2.5 Les cliniques médicales et GMF

La Montérégie compte 231 cliniques médicales, dont 40 groupes de médecine familiale (GMF) et 5 cliniques-réseau (CR).

La région favorise fortement la mise en place des GMF. Le modèle GMF, implanté en 2003 dans la région, favorise la prise en charge de la population et le soutien aux médecins de famille. Les GMF sont des cliniques regroupant des médecins de famille qui unissent leurs compétences afin d'offrir un ensemble de services, avec et sans rendez-vous, à une clientèle inscrite. Ce modèle de pratique basé sur la continuité favorise le suivi conjoint de la clientèle par le médecin et l'infirmière. De plus, le programme de rehaussement des ressources professionnelles en GMF (PRRP) offre à certains GMF la possibilité d'offrir un suivi interdisciplinaire en collaboration avec d'autres professionnels tels que psychologue, physiothérapeute, nutritionniste, kinésologue, travailleur social, pharmacien et autres.

Par ailleurs, les 5 cliniques-réseau (CR), établies en Montérégie depuis 2007, viennent bonifier l'offre de service et ainsi, améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne. Avec des heures d'ouverture étendues, elles offrent des services avec et sans rendez-vous à l'ensemble de la population nécessitant une consultation médicale, particulièrement aux personnes n'ayant pas de médecin de famille.

Tableau 7

Montérégiens inscrits auprès d'un médecin de famille
(31 mars 2014)

	Données 2013-2014	Données 2012-2013
Inscriptions en GMF	521 620	451 955
Inscriptions générales	433 852	395 340
TOTAL	955 472	847 295
Population montréalaise totale	1 500 922	1 487 772
% de la population inscrite	64 %	57 %

Au 31 mars 2014, 64 % de la population de la Montérégie était inscrite auprès d'un médecin de famille, soit 7 % de plus que l'année précédente.

2.6 Les organismes communautaires

En 2013-2014, l'Agence a financé 458 organismes pour un total de 71 350 777 \$. Ces organismes interviennent dans le cadre de diverses problématiques :

- perte d'autonomie liée au vieillissement;
- cancer;
- déficience intellectuelle;
- déficience physique;
- troubles envahissants du développement;
- déficiences multiples;
- santé physique;
- personnes démunies;
- alcoolisme;

- toxicomanie;
- dépendance;
- santé mentale;
- VIH-SIDA;
- contraception;
- allaitement;
- périnatalité;
- famille;
- femmes en difficulté;
- hommes en difficulté;
- agression à caractère sexuel.

L'Agence soutient également différents groupes dont :

- des centres d'action bénévole;
- des organismes de maintien à domicile;
- des maisons d'hébergement jeunesse;
- des maisons d'hébergement pour femmes en difficulté;
- des maisons de jeunes;
- des centres de femmes;
- des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel;
- des organismes de justice alternative;
- des groupes représentant des communautés culturelles et autochtones.

Le détail des subventions accordées aux organismes communautaires est présenté à l'annexe III.

2.7 Les résidences privées pour aînés (RPA)

Les résidences privées pour aînés (RPA) sont des partenaires privés incontournables dans l'ensemble des services offerts aux personnes âgées. Au 31 mars 2014, on dénombrait environ 19 000 unités locatives réparties dans 314 RPA. Pour l'année 2013-2014, 65 RPA ont obtenu soit une attestation temporaire, un premier certificat ou un renouvellement de certification. Quelques-unes d'entre elles ont cessé leurs activités.

L'arrivée du nouveau Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (ci-après le Règlement), le 13 mars 2013, est venue resserrer les critères et les normes dans les RPA. Quelque 25 formations ont été offertes aux exploitants et aux intervenants des CSSS au printemps et à l'automne 2013, en plus d'un soutien individuel. Deux rencontres ont également eu lieu en février 2014 afin d'aider les exploitants, dont le certificat sera échu en 2014, dans leur processus de renouvellement.

Par ailleurs, 66 visites ont été effectuées dans les RPA à la suite de signalements. Un suivi individuel a été offert aux exploitants de ces RPA afin qu'ils se conforment au Règlement.

2.8 Prix et distinctions

CSSS Richelieu-Yamaska et CSSS Champlain-Charles-Le Moyne

Deux équipes des CSSS Richelieu-Yamaska et Champlain-Charles-Le Moyne ont obtenu, respectivement pour leurs projets *Équipe dédiée en soins palliatifs soutien à domicile* et *Être accompagné d'une équipe interdisciplinaire facilite les prises de décisions*, le *Prix d'excellence Jean-Latreille 2013* lors de la 13^e Journée annuelle du

Réseau de cancérologie de la Montérégie (RCM). Ce prix souligne l'implication et le rayonnement d'un professionnel ou d'une équipe du réseau dans un projet lié au thème de la Journée annuelle du RCM.

CSSS du Haut-Saint-Laurent

Un groupe d'infirmières du CSSS du Haut-Saint-Laurent a obtenu, en mai 2013, le *prix régional du Concours Innovation clinique* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), section Montérégie, pour la mise sur pied de la clinique de transition.

Devant la pénurie d'effectifs médicaux et de manière à éviter l'engorgement des urgences, cette clinique de transition a vu le jour en octobre 2011 au CSSS du Haut-Saint-Laurent afin de rendre accessibles des soins de santé de qualité à une clientèle sans médecin de famille.

La clinique de transition a aussi, en octobre 2013, obtenu une mention honorable au Grand prix Innovation clinique de l'OIIQ.

CSSS de la Haute-Yamaska

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) a remis, en mai 2013, un prix dans la *catégorie Services de soutien* au CSSS de la Haute-Yamaska pour son *Programme de gestion des déchets*.

Ce programme, unique en son genre dans le réseau, regroupe et bonifie de nombreuses politiques et procédures internes et encadre à lui seul, et selon les meilleures pratiques, la gestion des déchets.

CSSS Pierre-Boucher

L'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie (ORIIIM) a remis en mai 2013 le *prix Distinction Montérégie* à madame Louise Potvin, directrice générale du CSSS Pierre-Boucher. Il s'agit de la plus haute reconnaissance remise annuellement par l'ORIIIM.

Infirmière de profession et lauréate du *Prix Florence 2006 – Catégorie Leadership* – remis par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), M^{me} Potvin est reconnue par ses pairs pour ses qualités personnelles et professionnelles. Grâce à sa démarche mobilisatrice, elle a su au cours de sa carrière mener de main de maître d'importants dossiers au cœur des enjeux politiques, sociaux et économiques des services de santé.

CSSS Jardins-Roussillon

En novembre 2013, le CSSS Jardins-Roussillon s'est vu décerner une *mention d'honneur dans la catégorie Accessibilité aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux*, pour son projet *Suivi clinique intelligent à domicile (SCIAD) : des résultats tangibles*. Ce projet est né de la nécessité pour le CSSS de revoir ses méthodes et d'innover dans sa recherche de solutions pour mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques.

Le CSSS Jardins-Roussillon a également reçu le *prix Philanthrope*, en février dernier, dans le cadre de la campagne provinciale d'Entraide 2013, un vaste mouvement de solidarité. C'est dans la catégorie *1000 employés et plus des secteurs Santé et Éducation* que s'est illustré le CSSS Jardins-Roussillon.

Par ailleurs, madame Isabelle Beaudoin-Allaire, infirmière à l'unité de soins intensifs du CSSS Jardins-Roussillon, a reçu le *prix Relève infirmière 2013* décerné par le comité jeunesse de l'ORIM. Ce prix met en valeur de jeunes infirmières et infirmiers qui se démarquent dans la profession. Il récompense l'implication ainsi que la contribution à l'avancement de la profession. De son côté, madame Martine Lessard, analyste en informatique au CSSS Jardins-Roussillon, a reçu en novembre 2013 le *Prix reconnaissance Michel-Morin* dans le volet professionnel, décerné par l'Association des Gestionnaires en Informatique du Réseau Socio-santaire (AGIRS). Madame Lessard travaille activement au déploiement du Dossier clinique informatisé module soutien à domicile, un dossier qui a des impacts très positifs sur le travail du personnel et sur les soins et services offerts aux usagers.

CSSS Vaudreuil-Soulanges

Le projet *Hors les murs* du CSSS de Vaudreuil-Soulanges a été, en novembre 2013, lauréat du *Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux* (MSSS) dans la *catégorie Personnalisation des soins et des services*. En accompagnant les jeunes atteints de troubles mentaux dans un projet de coopération internationale et en les soutenant tout au long de cette initiative, les intervenants du CSSS ont démontré qu'il y a énormément d'avantages à sortir des sentiers battus. À preuve, la majorité des participants au projet n'ont plus eu besoin de services, une fois le projet terminé.

CSSS Richelieu-Yamaska

Le CSSS Richelieu-Yamaska a reçu, en novembre, une *mention d'honneur aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux* (MSSS) pour son *Guichet d'accès unique en santé mentale adulte*, dans la catégorie *Intégration des services*. Depuis sa création en 2008, le guichet est la porte d'entrée unique des demandes de référence des patients d'omnipraticiens nécessitant des soins et des services en santé mentale adulte. Il est basé sur l'évaluation rapide des demandes et l'établissement du plan d'intervention requis, par une équipe multidisciplinaire.

Également, les médecins et le personnel soignant de l'équipe d'obstétrique du CSSS Richelieu-Yamaska recevaient en février dernier le *Prix de reconnaissance AMPRO^{OB}* (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux). Il s'agit d'un programme pancanadien associé à une sécurité accrue pour les femmes enceintes, limitant les imprévus et nécessairement, rehaussant la qualité et la sécurité des soins qui sont offerts.

CSSS du Suroît

Le projet *Guichet d'accès unique aux services jeunesse*, initié par l'équipe du CSSS du Suroît, a été retenu par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) dans le cadre de son Opération Bons coups. Ce guichet se veut la porte d'entrée unique pour l'ensemble des programmes de

Rapport annuel de gestion 2013-2014

services jeunesse du territoire, qu'ils soient en lien avec l'école ou le CSSS. Suivant un processus simple, les demandes de services sont évaluées par une seule et même personne, puis priorisées et l'enfant est dirigé vers la ressource appropriée à ses besoins.

Par ailleurs, le comité des usagers du CSSS du Suroît s'est doublement distingué lors de la remise des Prix d'excellence du Regroupement provincial des comités des usagers. En effet, le comité a reçu deux distinctions pour sa vidéo *Pour quelques minutes de bonheur* : le Prix d'excellence, section information et le Coup de cœur du public ! L'objectif de ce projet était d'offrir des outils afin d'encourager les gens à visiter leur proche vivant en centre d'hébergement.

CSSS Champlain-Charles-Le Moyne

L'équipe du Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM) du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne a été honorée, en novembre 2013, lors du congrès *Les pratiques exemplaires du réseau de cancérologie du Québec*. Quatre prix lui ont été décernés pour des projets d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des soins et des services offerts à la clientèle.

De plus, le Programme *Aliment'ACTION* du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne a été retenu dans le cadre de l'Opération Bons coups de l'AQESSS. Depuis 2011, au GMF-UMF Charles-Le Moyne, le programme *Aliment'ACTION* vise à aider les personnes souffrant du syndrome métabolique à prendre leur santé en main. Coordonné par un médecin de famille, le programme met à contribution une équipe de quatre professionnels de la santé, soit un médecin, une kinésiologue, une nutritionniste et une infirmière. Jusqu'à présent, 150 patients ont pu bénéficier du programme.

CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Le projet *Ces voix oubliées*, initié par l'équipe du CSSS Haut-Richelieu-Rouville, a été retenu par l'AQESSS dans le cadre de son Opération Bons coups. À travers ce projet, 15 usagers de différents services en santé mentale adulte du territoire reprennent en effet goût à la vie et confiance en leurs capacités grâce au chant.

Par ailleurs, le Comité des usagers du CSSS Haut-Richelieu-Rouville a reçu le prix de l'excellence du Regroupement provincial des comités des usagers dans la catégorie *Information* pour la mise en ligne de leur site Internet (www.comitedesusagers-hrr.com) et pour leur journal d'information.

CSSS Pierre-De Saurel

Dans le cadre du colloque-exposition San-Tech 2013, le CSSS Pierre-De Saurel a reçu le Prix d'excellence en gestion de l'efficacité énergétique. Le projet récompensé, qui s'est échelonné de 2010 à 2012, a permis le réaménagement de trois bâtiments du CSSS et a permis d'économiser plus de 200 000 \$ annuellement, de diminuer la consommation d'énergie et de réduire les émissions de gaz à effet de serre de près de 900 tonnes.

Le CSSS Pierre-De Saurel a également reçu un prix Bon coup de l'AQESSS pour sa promotion des saines habitudes de vie. Le CSSS Pierre-De Saurel invitait dès 2010 les employés, gestionnaires et médecins à prendre part à la Course du 5 km du Festival de la gibelotte de Sorel. L'engagement du CSSS et la visibilité médiatique accordée au projet ont permis de rallier, en 2013, 2 000 personnes en provenance de 40 organisations distinctes, soit cinq fois plus que lors de la première édition.

Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)

L'INLB a obtenu en avril 2013 le prix Choix de l'équipe de gestion dans le cadre du 11^e Carrefour des connaissances du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau. C'est le projet *L'hémianopsie vue par un centre de réadaptation spécialisé en déficience visuelle – Optimisation de notre offre de service* qui a été primé parmi 41 présentations. Le projet explore ce qui peut être fait pour améliorer la qualité de vie et le fonctionnement visuel des clients atteints d'hémianopsie homonyme complète.

Par ailleurs, le docteur François Dutrisac, optométriste à l'INLB, a reçu en mai 2013 le Prix reconnaissance optométrie de l'Association des optométristes du Québec. M. Dutrisac a consacré la plus

grande partie de sa carrière à offrir des services de basse vision en centre de réadaptation et à faire la promotion de ce type de pratique. Il s'est notamment impliqué dans différents comités d'aide aux personnes atteintes de déficience visuelle.

De plus, le 6^e *International Design for All Foundation Award* a reconnu comme bonne pratique le document *Critères d'accessibilité répondant aux besoins des personnes ayant une déficience visuelle : un outil pratique pour l'aménagement des lieux*, créé par l'INLB et la Société Logique. Le document présente les principales problématiques relatives aux aménagements extérieurs afin de guider les concepteurs et les décideurs qui interviennent dans le domaine public.

Enfin, le Conseil québécois d'agrément (CQA) a octroyé en janvier dernier la certification *Milieu novateur* à l'INLB, le premier établissement du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie à recevoir cette certification. Valable pour quatre ans, la certification *Milieu novateur* confirme la présence d'une culture dynamique et généralisée de l'innovation au sein de l'INLB et reconnaît la mise en place de projets novateurs.



3. L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE

L'état de santé de la population montréalaise s'est globalement amélioré au cours des dernières décennies, comme en témoigne la progression de l'espérance de vie. Toutefois, plusieurs problématiques demeurent préoccupantes.

3.1 En bref

En 2031, au Québec comme en Montérégie, une personne sur quatre sera âgée de 65 ans et plus.

Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire demeurent les principales causes de décès tandis que les maladies respiratoires et les maladies chroniques, dont les allergies et le diabète, constituent des fardeaux pour les services de santé. Des problèmes de santé mentale affectent une part importante des adultes et des problèmes psychosociaux persistent tant chez les jeunes que chez les adultes de la Montérégie.

Même si le tabagisme régresse, près d'un adulte sur quatre fume en Montérégie. De plus, une importante partie de la population pratique une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine ou présente un surplus de poids.

La consolidation d'un ensemble d'interventions, tant cliniques que préventives, élaborées dans une perspective populationnelle est indispensable pour que la santé des Montréalais continue de s'améliorer.

3.1.1 Une population en croissance, mais tout de même vieillissante

Selon les estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la population de la Montérégie s'est accrue de 12 % entre 2003 et 2013. Avec une population de 1 499 088 habitants en 2013, soit 18 % de la population québécoise, la Montérégie est la deuxième région sociosanitaire la plus peuplée du Québec, après Montréal.

Tableau 8

Répartition de la population par grand groupe d'âge, Montérégie, 2013

Jeunes moins de 18 ans	Adultes 18 à 64 ans	Personnes âgées 65 ans et plus
20 %	64 %	16 %

Le vieillissement de la population est un des défis majeurs auquel la région fait face. Entre 2003 et 2013, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 12 à 16 %. Ainsi, la population de la Montérégie est à peine plus jeune que celle du Québec, laquelle compte 17 % d'aînés en 2013. Toutefois, le rythme du vieillissement est plus rapide en Montérégie qu'au Québec : la proportion d'aînés s'est accrue de 36 % en Montérégie, comparativement à 25 % au Québec.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. En Montérégie, le nombre d'aînés s'est accru de 52 % entre 2003 et 2013, passant de 157 769 à 240 210 personnes.

Tableau 9

Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus et taux d'accroissement (%) selon le RLS, Montérégie, 2003 et 2013

Territoire	Nb de personnes de 65 ans et plus		Taux d'accroissement
	2013	2003	2003-2013
RLS du Haut-Saint-Laurent	4 641	3 610	29 %
RLS du Suroît	11 770	8 762	34 %
RLS de Jardins-Roussillon	27 859	18 307	52 %
RLS de Champlain	35 422	22 562	57 %
RLS Pierre-Boucher	40 170	25 598	57 %
RLS du Haut-Richelieu-Rouville	27 116	18 453	47 %

Territoire	Nb de personnes de 65 ans et plus		Taux d'accroissement
	2013	2003	2003-2013
RLS de Richelieu-Yamaska	35 944	23 540	53 %
RLS Pierre-De Saurel	11 542	8 251	40 %
RLS La Pommeraie	10 544	7 531	40 %
RLS de la Haute-Yamaska	16 973	10 560	61 %
RLS de Vaudreuil-Soulanges	18 229	10 595	72 %
TOTAL - Montérégie	240 210	157 769	52 %

3.1.2 Disparités socioéconomiques

En 2011, 19 % des adultes de 25 ans et plus ne détenaient aucun certificat, diplôme ou grade. En 2010, près de 122 600 personnes vivaient sous le seuil de faible revenu après impôt, soit 8 % des hommes et 9 % des femmes. En 2011, près de 14 % de la population de 15 ans et plus en ménage privé vivait seule, proportion qui grimpe à 27 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ces chiffres cachent des disparités géographiques importantes : selon les RLS, ces proportions varient de 14 à 30 % pour la faible scolarité et de 6 à 12 % pour le faible revenu.

Depuis le début des années 2000, le décrochage scolaire au secondaire est à la baisse en Montérégie. De 25 % en 1999-2000, la proportion de sortants sans diplôme ni qualification est passée à 18 % en 2009-2010, soit une diminution de 39 %. Indépendamment de la période considérée, le décrochage scolaire touche deux fois plus de garçons que de filles. Heureusement, une part des décrocheurs réintègrent le réseau scolaire.

La Montérégie compte également un nombre important d'immigrants et d'anglophones. En 2011, les immigrants représentaient 8,5 % de la population, soit environ 121 100 personnes, ce qui fait de la Montérégie la troisième région d'accueil après Montréal et Laval. Par ailleurs, selon l'information portant sur la première langue officielle parlée, la population d'expression anglaise représentait environ 11 % de la population de la Montérégie en 2011.

3.1.3 L'espérance de vie progresse

Pour l'intervalle 2005-2009, l'espérance de vie à la naissance des Montérégiens s'élevait à 81,1 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance supérieure à celle des hommes (83,1 ans contre 78,8 ans), quoique l'écart entre les sexes tende à s'amenuiser avec le temps. Les hommes de la Montérégie ont une espérance de vie à la naissance significativement supérieure à celle des hommes du Québec (78,4 ans).

3.1.4 La santé des nouveau-nés s'améliore

Entre 1985-1989 et 2005-2009, le taux de mortalité infantile a chuté de 39 % en Montérégie, passant de 6,4 à 3,9 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit un taux significativement plus faible que celui du Québec (4,6 pour 1 000). La mortalité infantile est un indicateur qui mesure non seulement la santé infantile, mais également le niveau de mortalité, de l'état de santé et de prestation de soins de santé d'une population.

Entre 1986-1990 et 2006-2010, la proportion de nouveau-nés ayant un faible poids pour l'âge gestationnel a diminué de 39 %, passant de 13,1 à 8 %. Pour la période 2006-2010, la proportion de naissances de faible poids pour l'âge gestationnel est significativement inférieure à celle observée au Québec (8 %). La proportion de naissances prématurées (7,4 % pour la période 2006-2010) a augmenté depuis 1986-1990.

3.2 Santé physique

3.2.1 Les tumeurs, au premier rang des causes de décès

Pour l'intervalle 2005-2009, 34 % des décès en Montérégie étaient attribuables aux tumeurs. Avec une moyenne de 3 132 décès par année, les tumeurs figurent au premier rang des causes de décès.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. En Montérégie, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 4 785 à 7 461 entre les périodes 1991-1995 et 2006-2010. Depuis 1996-2000, le taux d'incidence est également à la hausse. Par ailleurs, pour la période 2006-2010, le taux d'incidence du cancer de la prostate (128 c. 120 pour 100 000) est significativement plus élevé en Montérégie qu'au Québec.

On compte 11 127 hospitalisations en 2011-2012 pour cause de tumeurs, ce qui représente près de 11 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée. Pour cette même période, le taux d'hospitalisations pour tumeurs est significativement plus élevé en Montérégie qu'au Québec.

3.2.2 Les maladies de l'appareil circulatoire : un problème préoccupant en Montérégie

Au Québec comme en Montérégie, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a beaucoup diminué depuis quelques années; ces maladies sont passées au second rang parmi les principales causes de décès. Ainsi, pour l'intervalle 2005-2009, 27 % de la mortalité, soit en moyenne 2 496 décès par année, est due à ces maladies.

Cependant, en Montérégie, le taux de mortalité pour cette cause demeure supérieur à celui du Québec, et ce, depuis plusieurs décennies. Cette situation est en partie attribuable à un excès de mortalité par cardiopathies ischémiques en Montérégie.

En 2009-2010, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque, ce qui représente près de 56 300 personnes.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, le nombre de personnes âgées de 20 ans et plus atteintes d'hypertension artérielle est passé de 149 777 à 263 657 personnes, soit une augmentation de 76 %. Entre 2000-2001 et 2008-2009, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle a augmenté d'environ 32 % en Montérégie. Depuis 2008-2009, la prévalence ajustée est stable, se situant autour de 21,2 %. Depuis 2000-2001, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle est significativement plus élevée en Montérégie qu'au Québec. En 2010-2011, la prévalence brute de l'hypertension artérielle se chiffre à 24 % en Montérégie.

En 2011-2012, 16 % des hospitalisations des Montérégiens en soins physiques de courte durée – soit 16 370 hospitalisations – étaient attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de décès, mais également d'hospitalisations. Pour cette même période, le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement plus élevé en Montérégie qu'au Québec.

3.2.3 Les maladies de l'appareil respiratoire : responsables de plus d'une hospitalisation sur dix

En 2011-2012, les maladies de l'appareil respiratoire étaient responsables de près de 11 % de toutes les hospitalisations en soins physiques de courte durée, soit 11 343 hospitalisations. Environ 8 % des décès survenus pour l'intervalle 2005-2009, soit 791 décès en moyenne par année, étaient attribuables à ces maladies.

En 2009-2010, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 4 % des Montérégiens de 35 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), ce qui représente respectivement près de 109 700 et 31 000 personnes.

3.2.4 Le diabète n'est pas en reste

Le nombre de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète a presque doublé depuis 2000-2001, pour atteindre 97 353 personnes en 2010-2011.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, la prévalence ajustée du diabète a augmenté d'environ 47 % en Montérégie. Fort heureusement, cette hausse de la prévalence ne s'accompagne pas d'une hausse de la mortalité due au diabète. Au contraire, depuis le début des années 2000, la mortalité ne cesse de diminuer chez les diabétiques. Cette baisse de la mortalité contribue d'ailleurs à l'augmentation de la prévalence du diabète.

Depuis 2007-2008, la prévalence ajustée du diabète est significativement plus élevée en Montérégie qu'au Québec.

En 2010-2011, la prévalence brute du diabète se chiffre à 8,8 % en Montérégie.

3.2.5 Quelques facteurs de risque

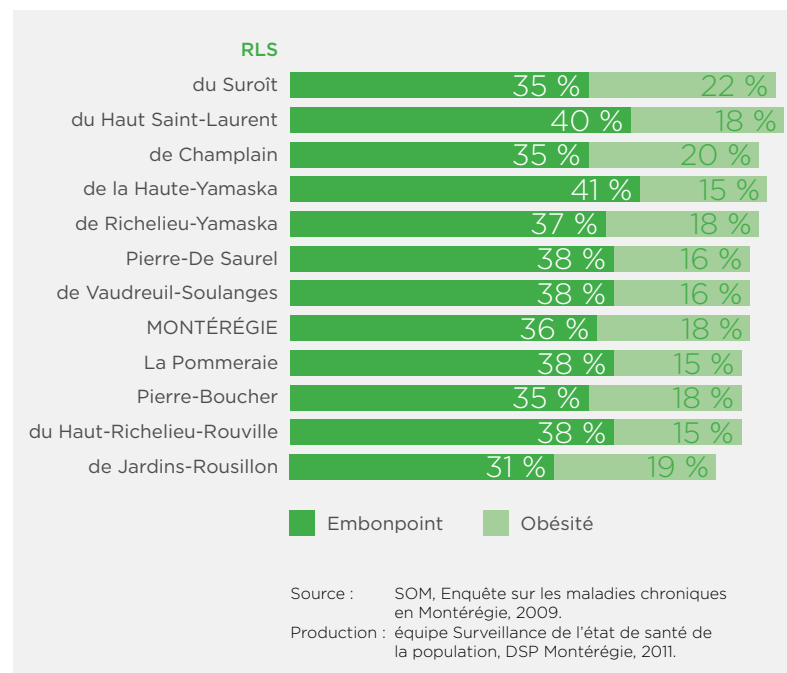
En 2009, les adultes de la Montérégie vivant en ménage privé présentent les facteurs de risque suivants :

- Environ 46 % des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour;
- Plus d'un adulte sur trois (36 %) pratiquent une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine;
- Environ 24 % fument de façon quotidienne ou occasionnelle;

- Plus de la moitié (54 %) des adultes de 18 ans et plus présentent un surplus de poids, soit 36 % de l'embonpoint et 18 % de l'obésité, selon des données autodéclarées qui sous-estiment le phénomène.

Graphique 2

Proportion de la population de 18 ans et plus, vivant en ménage privé, présentant un surplus de poids, RLS et Montérégie, 2009



3.2.6 Les maladies transmissibles : encore de belles batailles à livrer

Au cours de la dernière année, une augmentation considérable du nombre d'éclosions de cas d'infections à *Clostridium difficile* (DACD) et de colonisations aux entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) a été observée dans les hôpitaux de la région. Alors que le taux régional d'incidence de diarrhées associées au *Clostridium difficile* se situait historiquement sous la moyenne provinciale, le taux est à la hausse et s'approche maintenant de la moyenne provinciale. Cela illustre l'importance de maintenir une vigilance et une mobilisation à l'égard des pratiques de prévention et de contrôle des infections.

En Montérégie, les taux d'incidence de la gonorrhée et de l'infection à *Chlamydia trachomatis* continuent d'augmenter et affectent davantage les jeunes de 15 à 24 ans. Quant à la syphilis infectieuse, le taux d'incidence, qui avait connu une augmentation importante en 2012, a diminué et atteint un taux semblable à celui de 2011. Ces données démontrent la pertinence de poursuivre les actions concertées pour briser le cycle de transmission.

L'impact des changements climatiques se fait ressentir en Montérégie, avec l'installation dans les boisés de la région de populations de tiques responsables de la transmission de la Maladie de Lyme. Le nombre de personnes ayant contracté la Maladie de Lyme en Montérégie a explosé en 2013 et risque de s'accroître encore pendant les prochaines années. La population devra être sensibilisée à l'importance d'appliquer les mesures de protection contre les piqûres de tiques et les cliniciens devront être outillés pour diagnostiquer et traiter les personnes atteintes de cette maladie.

3.3 Santé mentale ou psychosociale

En 2009-2010, environ 4 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile percevaient leur état de santé mentale comme passable ou mauvais. Chez les adultes de la Montérégie, environ 4 % ont déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles d'anxiété (phobie, trouble obsessionnel-compulsif ou trouble de panique) et 6 %, de troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, manie ou dysthymie). Une proportion semblable (6 %) a consulté un psychologue pour un problème de santé physique, mentale ou émotionnelle au cours de l'année précédant l'enquête. On estime aussi que 31 % des Montérégiens de 18 ans et plus éprouvent un stress quotidien élevé, une proportion supérieure à celle observée au Québec. Le stress ressenti au travail est plus répandu : 39 % des travailleurs de 15 à 74 ans qualifient leurs journées assez à extrêmement stressantes. En 2008, la proportion d'adultes qui se classent au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique de Kessler est estimée à près de 23 %.

En 2011-2012, on dénombrait en moyenne 7 164 hospitalisations pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

Pour l'intervalle 2005-2009, le nombre annuel moyen de décès par suicide s'élevait à 187 en Montérégie. La mortalité par suicide, quoiqu'en baisse, est trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (21 contre 6 décès pour 100 000). Depuis le début des années 1990, la Montérégie présente un taux de mortalité par suicide significativement inférieur à celui du Québec.

En 2012, au Québec et en Montérégie, près du quart des infractions contre la personne déclarées aux policiers ont été commises dans un contexte conjugal. Les femmes sont les victimes dans plus de quatre cas sur cinq. En 2012, le taux de victimisation pour violence conjugale était quatre fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (372 contre 94 pour 100 000).

3.4 Jeunesse

En 2012-2013, le Centre Jeunesse de la Montérégie a reçu 13 625 signalements, soit une augmentation de 83 % par rapport à 2002-2003. Le nombre de signalements retenus est aussi à la hausse pour se chiffrer à 4 882 en 2012-2013. Depuis 2007-2008, la violence corporelle et la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus. Au nombre de 1 370, les nouvelles prises en charge représentaient 28 % des signalements retenus en 2012-2013.

En Montérégie, en 2012, le taux d'auteurs présumés d'infractions criminelles s'élevait à 4 735 pour 100 000 chez les jeunes de 12-17 ans. Ce taux s'avère deux fois plus élevé que celui des adultes (2 273 pour 100 000).

Enfin, en Montérégie, pour 2010-2012, le taux de grossesse chez les adolescentes se situait à 9,2 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans, ce qui représente en moyenne 330 grossesses par année. Le taux de grossesse chez les adolescentes montérégiennes est significativement inférieur à celui observé au Québec.

4. GRANDS DOSSIERS RÉGIONAUX



4.1 Rapatriement de certaines clientèles en Montérégie (514-450)

Depuis 2010, l'Agence de la Montérégie travaille, de concert avec les agences de Montréal, des Laurentides, de Lanaudière et de Laval ainsi qu'avec le MSSS, sur un plan de rapatriement de certaines clientèles consommant des services de santé à Montréal, notamment au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et au Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

4.1.1 Description du projet de rapatriement

En effet, suite à la modernisation des centres hospitaliers universitaires montréalais, l'objectif de ce rapatriement est d'assurer à la population de la région une accessibilité aux soins généraux et spécialisés plus près de leur lieu de résidence.

Sur le plan régional, les activités représentent, à terme :

- 121 lits (4 479 hospitalisations);
- 3,6 salles d'opération (4 947 chirurgies);
- 74 052 visites en consultation externe.

À l'été 2013, le MSSS a demandé aux agences d'amorcer également le rapatriement des activités suivantes :

- chirurgie de la cataracte;
- chirurgie d'un jour (CDJ);
- prédialyse (stade 4);
- accouchements.

4.1.2 Financement

Du côté immobilier, l'ensemble du rapatriement prévoit des investissements de 60 M\$, soit 44 M\$ pour les immobilisations et 16 M\$ pour les équipements, financés par le MSSS (50 %) et par l'Agence (50 %). Cette prévision n'inclut pas les budgets de fonctionnement.

4.1.3 Réalisation

En 2011-2012, une somme de 14 M\$ a été octroyée par le MSSS et répartie entre 5 établissements : CSSS Pierre-Boucher, CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, CSSS du Suroît, CSSS Jardins-Roussillon et CSSS Haut-Richelieu-Rouville afin d'amorcer des travaux d'aménagement et de réaménagement.

En 2012-2013, les établissements ont élaboré les plans et devis de construction pour les différentes phases de travaux et préparé les appels d'offres.

En 2013-2014, les travaux de construction et d'aménagement se sont poursuivis pour les 5 CSSS. Les solutions immobilières représentent plus de 30 projets ou étapes au sein de 6 CSSS (le CSSS Richelieu-Yamaska est également concerné). Les dossiers cataractes, prédialyse, chirurgie d'un jour et accouchements ont également évolué au cours de l'année. Ces activités seront toutes en place au cours de l'année 2014-2015.

4.2 Plan régional des effectifs médicaux spécialisés (PREM)

Le rapatriement des clientèles du CHUM-CUSM s'actualise en même temps que l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes prévus au PREM 2011-2015. Le plan quinquennal accorde 249 nouveaux médecins spécialistes en Montérégie d'ici 2015.

Dans les trois dernières années (2011 à 2013), 212 spécialistes se sont installés dans la région, 109 ont quitté, pour une arrivée nette de 103 spécialistes. En avril 2014, 57 arrivées sont prévues pour les années 2014 et 2015 contre 7 départs, pour un ajout net de 50 spécialistes d'ici 2015.

L'accueil de ces médecins spécialistes génère des augmentations de volume d'activités et de coûts, notamment au laboratoire, en imagerie, au bloc opératoire, en consultations externes, à la

pharmacie, dans les services de soutien comme les archives, etc. L'Agence travaille avec le Ministère afin d'être en mesure de soutenir ces activités supplémentaires.

4.3 Accroissement et vieillissement de la population montréalaise

Entre 2007 et 2014, la population montréalaise a connu une croissance de 7,5 %. Or, cette croissance s'accompagne d'un vieillissement de la population : pour la même période, la population montréalaise de 65 ans et plus a augmenté de 35 % et devrait encore augmenter de 28 % d'ici 2021.

L'accroissement et le vieillissement de la population exercent une pression importante sur le réseau de la santé et des services sociaux qui se fait déjà sentir dans les établissements de la région, en particulier ceux situés en périphérie de Montréal. Conséquemment, l'Agence prévoit que d'ici 2021, les Montréalais augmenteront leur utilisation de services de 2^e ligne pour l'équivalent de 278 lits de courte durée, 20 245 soins d'un jour et 256 430 visites en cliniques externes par année, ceci sans compter les services rapatriés du CHUM et du CUSM.

Cette situation exige de repenser l'organisation des services, notamment en priorisant les dossiers suivants :

- rapatriement des clientèles CHUM-CUSM;
- suivi des personnes avec une ou plusieurs maladies chroniques;
- plan d'action Montréal-Ouest;
- hôpital de Vaudreuil-Soulanges;
- répartition des effectifs médicaux;
- amélioration de la performance : activités hospitalières, blocs opératoires, maintien à domicile;
- transformation des pratiques en 1^{re} et 2^e lignes.

4.4 La Montérégie-Ouest (Grand Suroît)

Le Grand Suroît comprend trois réseaux locaux de services (RLS) : Suroît, Vaudreuil-Soulanges et Haut-Saint-Laurent.

Le territoire du RLS de Vaudreuil-Soulanges est en pleine explosion démographique et passera de 140 000 habitants actuellement à 170 000 habitants en 2021. Ce RLS ne dispose pas d'un hôpital pour sa population, laquelle consomme des services hospitaliers à Valleyfield, à Montréal et à Hawkesbury (Ontario). Un projet d'hôpital de 247 lits devrait se concrétiser prochainement.

En attendant l'hôpital, il est impératif de réorganiser les services, compte tenu notamment de l'explosion démographique et de l'impact de celle-ci sur l'ensemble des services offerts à la population du Grand Suroît.

L'Hôpital du Suroît fonctionne au maximum de sa capacité et des travaux importants sont attendus dans cet établissement. L'Hôpital Barrie Memorial (Haut-Saint-Laurent) dispose de plateaux techniques (salle de chirurgie, imagerie, réadaptation) qui pourraient sans doute être optimisés. Des services spécialisés ambulatoires sont prévus sur le territoire de Vaudreuil-Soulanges à l'automne 2014. Les locaux sont actuellement en construction.

4.4.1 Plan d'action

Un rapport ainsi qu'un plan d'action, préparés par un groupe de travail, sous la direction du PDG de l'Agence avec la collaboration des directeurs généraux des établissements concernés, ont été déposés en mars 2014. Le plan d'action :

- s'articule autour de 8 enjeux (1^{re} ligne, mission hospitalière, maintien à domicile, maladies chroniques, approche adaptée en milieu hospitalier, hébergement, fluidité et, finalement, engagement des établissements);

- propose diverses recommandations qui reprennent les principales recommandations du Comité ministériel de coordination du désengorgement des urgences (CMCDU) en lien avec l'urgence et le continuum Personnes âgées;
- mise sur une collaboration accrue entre les 3 CSSS, notamment concernant le déploiement des activités des médecins spécialistes au CSSS de Vaudreuil-Soulanges dans les nouveaux locaux dont l'ouverture est prévue à l'automne 2014.

4.4.2 L'Hôpital de Vaudreuil-Soulanges

Un Dossier de présentation stratégique (DPS) a été déposé au MSSS en novembre 2011. Le 27 février 2014, le MSSS a accordé à l'Agence une enveloppe budgétaire non récurrente au montant de 1 M\$ pour la réalisation d'un plan clinique sous-régional. Cet hôpital est évalué 635 M\$.

4.4.3 Le développement de services ambulatoires transitoires

Le CSSS a reçu l'autorisation du MSSS en mars 2013 pour la location d'espaces permettant le développement des services ambulatoires transitoires (DSAT). Le DSAT accueillera les cliniques externes et assurera le développement de la médecine spécialisée, tel que prévu par le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) 2011-2016.

Avec le DSAT, le CSSS de Vaudreuil-Soulanges comptera de nouveaux services ambulatoires en santé physique dont entre autres des cliniques de consultations spécialisées (gynéco-obstétrique, pédiatrie, médecine interne, chirurgie générale) en plus d'un service d'échographie et d'un centre d'évaluation et de traitement en soins ambulatoires gériatriques. Ces nouveaux espaces permettront également le réaménagement des locaux actuels du CLSC favorisant ainsi une organisation optimale des services, notamment

pour les volets psychosocial et santé mentale, ainsi que pour le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées. Le centre de cliniques spécialisées recevra ses premiers patients en octobre 2014.

4.4.4 L'Hôpital du Suroît

Cet hôpital a besoin d'une mise à niveau importante. Un projet d'agrandissement et de réaménagement évalué à 65 M\$ a été déposé en novembre 2011. Ce projet est analysé de concert avec les besoins identifiés sur le territoire de Vaudreuil-Soulanges et le projet d'hôpital. La proposition de mise à niveau s'étend jusqu'à 2020 et se déploie en deux volets :

- Hospitalier : la construction d'un nouveau bâtiment (Bloc C) et un réaménagement de l'Hôpital du Suroît, pour la mise à niveau des services diagnostiques et thérapeutiques.
- CLSC : le regroupement et la mise à niveau, à court terme, des activités de CLSC.

Toutefois, des étapes transitoires sont nécessaires en attendant le projet de mise à niveau. Ces étapes représentent un investissement de 20 M\$. À ce jour, trois phases (6,4 M\$) ont été annoncées :

- achat d'un complexe modulaire : 3,1 M\$ annoncés en juillet 2012;
- aménagement intérieur du complexe modulaire : 1,8 M\$ autorisés en décembre 2013;
- unité d'hospitalisation brève (UHB) : 1,5 M\$ autorisés en février 2014.

La prochaine étape est l'agrandissement et le réaménagement des laboratoires dont le projet détaillé a été déposé au MSSS le 24 mars 2014 (3,1 M\$).

5. RÉSULTATS 2013-2014 : PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET ENTENTE DE GESTION



Cette section du rapport présente les résultats découlant de la planification stratégique 2010-2015 de l'Agence ainsi que les résultats de l'entente de gestion 2013-2014. Ainsi, cette section :

- présente les indicateurs prévus dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014 ainsi que les indicateurs du Ministère et de la région retenus au Plan d'action régional 2012-2013 pour la réalisation de la planification stratégique 2010-2015;
- présente également les résultats obtenus pour l'année 2013-2014;
- offre des compléments d'information sur les activités régionales.

L'Agence s'est engagée envers le MSSS à contribuer à la mise en œuvre des dix priorités identifiées par le Ministre pour l'année 2013-2014 :

- l'équilibre budgétaire;
- l'organisation des services;
- les soins de première ligne et de deuxième ligne;
- l'amélioration des saines habitudes de vie;
- poursuivre les actions de développement en matière de cancer, de chirurgie et d'accès;
- l'informatisation du réseau – DSQ-DCI-DMÉ;
- l'optimisation des ressources;
- l'information et les obligations de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (Loi 33);
- l'approvisionnement en commun.

Les priorités régionales découlent des priorités ministérielles et de la planification stratégique. Par souci de cohérence, les résultats obtenus pour les objectifs fixés sont regroupés ici selon les six enjeux de la planification stratégique de l'Agence, soient :

- la prévention et la réduction des inégalités;
- les services de première ligne;

- la réduction des délais pour l'accès aux services;
- la qualité et l'innovation; l'attraction, la rétention et la contribution optimale du personnel;
- une gestion performante et imputable.

5.1 Enjeu 1 : La prévention et la réduction des inégalités

La Direction de santé publique

Les tout-petits ont été à l'avant-scène en 2013-2014 avec le lancement, lors de la Journée montréalaise de santé publique, du rapport « Donner des ailes à leur réussite pour assurer aux tout-petits un bon départ ». Cette journée donnait également le coup d'envoi à l'Opération Colibri. Cette opération d'envergure a pour but de soutenir le développement des tout-petits par une démarche en deux volets :

- 1) l'appropriation des données régionales et locales de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle (EQDEM);
- 2) la tenue, au printemps, d'événements locaux qui sont déployés par les CSSS et leurs partenaires.

Ainsi, le 30 janvier, plus de 200 personnes des milieux de garde, de l'éducation, des communications, de la politique, de la santé et des services sociaux ont participé à la Journée montréalaise de santé publique. Cette journée a permis de mieux comprendre les données régionales de l'enquête, de réfléchir à des pistes de solution pour mieux soutenir les enfants vulnérables et leur famille, de discuter des principaux défis en petite enfance et de connaître les contributions prévues par les différents réseaux de la DSP. Une journée qui a donné un bel envol à l'Opération Colibri. En effet, 10 des 11 symposiums locaux ont eu lieu, événements qui ont réuni, au minimum, une cinquantaine de participants par territoire. Les symposiums ont non seulement permis aux nombreux acteurs

Rapport annuel de gestion 2013-2014

engagés pour la petite enfance dans chaque communauté de se réunir autour des résultats locaux de l'enquête, mais aussi de réfléchir aux actions mises en place localement afin que les tout-petits puissent développer leur plein potentiel.

Le 20 novembre 2013 avait lieu une autre journée d'envergure avec l'activité régionale *Bien branchés sur nos jeunes!* Près de 110 participants des réseaux de la santé et de l'éducation ont échangé sur la santé physique et les habitudes de vie des adolescents montérégiens grâce aux données phares issues de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. Ce premier volet de l'enquête a fait l'objet d'une série de cinq fascicules thématiques (usage de la cigarette, la consommation d'alcool et de drogues, l'activité physique de loisir et de transport, les comportements sexuels chez les jeunes de 14 ans et plus et les habitudes alimentaires). De plus, des portraits pour chaque réseau local de services (RLS) regroupant l'ensemble de ces sujets ont été produits, complétant ainsi cette première série de fascicules.

L'année 2013-2014 a également permis, en lien avec la hausse des ITSS, de déployer le microsite monprofilesexe.com, un outil d'information destiné aux jeunes adultes âgés entre 18 et 24 ans de la Montérégie. Le microsite repose sur deux objectifs prioritaires : l'adoption de comportements sexuels sécuritaires et l'importance de se faire dépister lorsque les comportements sont à risque. À sa première année d'utilisation, près de 25 000 visiteurs ont déjà consulté le microsite.

Finalement, au cours de cette période, la DSP a complété trois évaluations d'impact sur la santé (EIS) en collaboration avec les municipalités de Henryville, de Salaberry-de-Valleyfield et de Sainte-Catherine. En plus de renforcer la collaboration entre les différents secteurs de la DSP et les CSSS, ces EIS ont toutes permis à la DSP de soutenir les décideurs locaux dans l'élaboration et la mise en place de leur projet et d'améliorer leurs impacts potentiels respectifs sur la santé et la qualité de vie de leurs citoyens.

Orientation 1.1

Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

Axe d'intervention : Prévention dans les continuums de services

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.01.20 PS	Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP)	85 %	85 %	89 %	85 %	89 %	
1.01.21 PS	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	85 %	80 %	83 %	80 %	83 %	
1.01.13 EG	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	s.o.	50 %	63,7 %	40 %	50,8 %	
1.01.14 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccins contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	s.o.	90 %	86,7 %	85 %	83,9 %	
1.01.15 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	s.o.	90 %	66,8 %	85 %	63,7 %	
1.01.16.01 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	s.o.			85 %	63,9 %	Indicateur retiré par le MSSS

5.2 Enjeu 2 : Les services de première ligne

5.2.1 Services généraux

Services généraux de première ligne

La planification stratégique de l'Agence, *Partenaires pour l'amélioration*, mise notamment sur une 1^{re} ligne forte et sur l'importance de travailler ensemble pour que la prise en charge devienne une priorité, une volonté commune et une concertation de tous les milieux.

Il est nécessaire de repenser, compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre qui sévit partout au Québec, les façons de pratiquer et de créer des liens entre tous les intervenants du réseau pour assurer une prise en charge populationnelle adéquate.

L'organisation des soins dans chaque CSSS doit assurer aux clientèles une plus grande accessibilité aux services diagnostiques et aux services de médecine spécialisée. Cette organisation doit garantir une continuité des soins entre le médecin de famille et les ressources spécialisées, de même qu'une meilleure fluidité de l'information. De plus, le mode d'organisation en groupe de médecine de famille (GMF) ainsi que l'introduction des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de 1^{re} ligne sont des mesures visant à permettre un meilleur accès à la prise en charge et au suivi de la clientèle.

Info-Santé

Un plan d'action régional pour le service Info-Santé a été élaboré afin d'améliorer les services, notamment en termes de recrutement du personnel. L'Agence et le CSSS Haut-Richelieu-Rouville ont mis en œuvre une série de mesures qui ont permis une amélioration des résultats. Ainsi, le pourcentage de perte d'appels a été de 14,9 % (cible du MSSS de 15 %) comparativement à 19,8 % l'an dernier. Aussi, le délai d'attente a été chiffré à 3,25 minutes cette année contre 4,38 l'an passé (cible du MSSS : 4).

De plus, nous participons à un comité de travail provincial pour améliorer les services concernant la clientèle enregistrée.

Groupes de médecine familiale (GMF)

Le modèle d'organisation GMF est le mode de pratique prédominant au sein de plusieurs territoires de la Montérégie. La collaboration médecin-infirmière présente en GMF soutient le groupe de médecins dans la prise en charge et le suivi de la clientèle. Avec 40 GMF, la Montérégie figure parmi les régions qui en comptent le plus au Québec.

Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille

Afin de favoriser la prise en charge médicale des personnes sans médecin de famille, chaque CSSS a mis sur pied un guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille. La Montérégie compte donc 11 guichets d'accès pour 11 RLS. Les demandes sont priorisées selon l'état de santé du patient. Au 31 mars 2014, 57 882 personnes étaient en attente et 24 591 ont été référées à un médecin de famille entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2014, pour un total de 97 517 depuis l'ouverture des guichets en 2009.

Infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Les IPS commencent à se déployer au Québec. Dans son plan, le MSSS prévoit accorder à la Montérégie 94 postes d'ici 2018. Au 31 mars 2014, 24 IPS sont en poste dans la région.

Services spécialisés

Le plan quinquennal des effectifs médicaux spécialisés 2010-2015 prévoit l'arrivée de 249 nouveaux médecins spécialistes. Cet important ajout de forces vives au sein des établissements de la Montérégie favorisera un meilleur accès aux différents services spécialisés de proximité pour la population montréalaise.

Périnatalité - Services de sages-femmes en Montérégie

Le projet de services de sages-femmes du CSSS Haut-Richelieu-Rouville a vu le jour avec des services de sages-femmes à domicile, en milieu hospitalier et en maison de naissance. Depuis octobre 2012, une première maison de naissance a ouvert ses portes. Six sages-femmes sont en fonction et assurent le suivi de 250 patientes. On prévoit y réaliser 130 accouchements par année.

Orientation 2.1

Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

Axe d'intervention : Services médicaux et infirmiers

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.25 PS et EG	Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés	40	44	40	37	38	Une importante révision du cadre de référence pour les groupes de médecine de famille (GMF) est en cours depuis plusieurs mois. Aussi, les médecins intéressés à devenir GMF attendent le nouveau cadre avant d'entreprendre des démarches en ce sens.
1.09.26 PS	Pourcentage des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en Groupe de médecine de famille (ou équivalent)	70 %	51 %	47,1 %	s.o.	46,6 % (janv. 13)	
1.09.27 PS	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	70 %	62 %	64,4 %	s.o.	57 %	
3.07 PS et EG	Nombre d'IPS en soins de 1 ^{re} ligne titularisées et offrant des services de 1 ^{re} ligne	58 en 2014-2015 94 en 2017-2018	26	24	34	18	La Montérégie compte 24 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne et 2 candidates à l'exercice de la profession titularisées en offrant des services.
PS	Adoption d'un cadre de référence régional pour l'intégration des IPS dans le réseau montréalais	2015		Échéance initiale de 2014 reportée à 2015.		Cadre de référence en élaboration.	
PS	Pourcentage d'installations (établissements, GMF et cliniques-réseau) ayant adopté au moins une ordonnance collective	100 %	100 % (56/56)	90 %	90 % (45/50)	90 %	Le dénominateur a augmenté à 56 compte tenu de l'augmentation du nombre de GMF au cours des années.
PS	Modalités de collaboration établies entre le CSSS et le médecin responsable des GMF et des cliniques-réseau	80 %	64 % (7/11)	81 % (9/11)	55 % (6/11)	55 % (6/11)	

Orientation 2.1

Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

Axe d'intervention : Services psychosociaux généraux

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.02.04 PS et EG	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	90 %	83 %	79,8 %	83 % (sans 24/7)	79,9 %	Le résultat représente 96 % de l'engagement convenu en 2013-2014.
1.02.05 PS et EG	Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	100 % (selon financement)	s.o.	1 intervenant par quart de travail	1 intervenant par quart de travail	1 intervenant par quart de travail	

5.2.2 Clientèles ayant des besoins particuliers

Jeunes en difficulté

Le programme *Je tisse des liens gagnants* a connu un important déploiement en 2013-2014 grâce à l'engagement des 11 CSSS, du Centre jeunesse de la Montérégie et d'organismes communautaires. Ce programme nécessitant l'engagement de la communauté, 1 200 intervenants et gestionnaires ont été sensibilisés au programme et à la contribution attendue auprès des familles. Déjà, plus de 575 parents et enfants de 0 à 12 ans vivant en contexte de négligence ont bénéficié de services et d'activités spécifiques. Le déploiement se poursuivra en 2014-2015.

Enfin, les CSSS ont rejoint le même nombre de jeunes que l'année dernière avec la même intensité, soit 20 949 usagers et 6,79 interventions par usager en moyenne.

Deuxième ligne

Par ailleurs, le Centre jeunesse de la Montérégie a accusé une baisse de 6 % des signalements reçus par rapport à l'an dernier. Toutefois, malgré cette légère baisse de signalements reçus, la hausse

observée depuis 2010 demeure une préoccupation importante. Pour assurer une accessibilité, le service de réception et de traitement des signalements a dû mettre en place des moyens pour répondre à l'affluence téléphonique.

Suite à d'importants efforts, le délai moyen d'attente à l'évaluation a considérablement diminué. Cette amélioration se traduit par une meilleure accessibilité et une intervention plus rapide dans les familles pour lesquelles un signalement a été retenu. De plus, une grande amélioration est notée en ce qui a trait à l'accessibilité aux services psychosociaux.

Comme par le passé, l'accessibilité à des services de réadaptation avec hébergement est un enjeu de taille. Cette année, le taux d'occupation a oscillé autour de 95 %. Il s'agit de l'un des taux les plus élevés au Québec.

Parmi les 16 centres jeunesse du Québec, celui de la Montérégie est celui qui dessert le plus grand bassin de jeunes de 0 à 17 ans. Notons également que, au cours de cette année, le Centre jeunesse a reçu son certificat d'agrément 2013-2017 qui reconnaît la qualité de ses services.

Santé mentale

Les établissements poursuivent le développement des services de 1^{re} ligne de santé mentale en consolidant leurs équipes et en améliorant l'efficacité du guichet d'accès de même que l'accessibilité. Ainsi, les modes de pratique ont été revus par certains CSSS, ce qui leur a permis d'améliorer la qualité de l'offre de service et d'atteindre plusieurs objectifs au cours de l'année 2013-2014.

L'accès aux services de 1^{re} ligne en santé mentale s'est grandement amélioré en 2013-2014. Le nombre d'usagers rejoints a atteint 1 264 personnes de plus qu'en 2012-2013, soit une augmentation de 10,2 %. Le taux d'atteinte de l'engagement est de 102,8 %.

Dépendances

Au cours de l'année 2013-2014, le déploiement de l'offre de service en dépendance s'est poursuivi conformément aux orientations ministérielles 2007-2012 et au bilan montréalais 2007-2011.

Le *Guide de saisie régional du cadre normatif I-CLSC – Programme-services Dépendances* a été adopté, ce qui favorisera une entrée de données adéquate et uniforme quant aux services rendus en dépendance par les CSSS.

Le déploiement du modèle d'évaluation GAIN (*Global Appraisal Individual Need*), qui permet d'optimiser le processus d'évaluation en dépendance en centre de réadaptation, est également avancé.

Des équipes de liaison au CSSS Pierre-Boucher, au CSSS Champlain-Charles-Le Moyne et au CSSS Jardins-Roussillon, en lien avec le Centre de réadaptation Le Virage, sont aussi toujours en place.

Par ailleurs, une nouvelle ressource d'hébergement en dépendance a été certifiée en Montérégie.

Service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux – Info-Social

Les efforts se poursuivent pour atteindre la cible de 90 % de réponses aux appels dans un délai de quatre minutes ou moins au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux. Les résultats obtenus en 2013-2014 sont demeurés sensiblement les mêmes que l'année précédente, soit 80 % de réponse aux appels dans un délai de quatre minutes ou moins.

Réfugiés – une passerelle vers un avenir en santé

Les réfugiés, pris en charge par l'État ou parrainés, bénéficient maintenant d'une évaluation de leur état de bien-être et de leur état de santé physique à leur arrivée en Montérégie, en lien avec la poursuite de l'implantation des orientations ministérielles *Une passerelle vers un avenir en santé*. En effet, selon l'information reçue du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles sur le nombre d'arrivées de réfugiés, les trois CSSS désignés, soit le CSSS Champlain Charles-Le Moyne, le CSSS Richelieu-Yamaska et le CSSS de la Haute-Yamaska, ont reçu 206 réfugiés parrainés et pris en charge par l'État.

Orientation 2.2

Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.39 PS	Pourcentage des territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation (projet d'intervention systématique auprès des grands consommateurs MPOC)*	s.o.	n.d.	n.d.	s.o.	s.o.	En novembre 2012, l'Agence a déposé un cadre de référence régional pour l'implantation d'une trajectoire de services en maladies chroniques (volet diabète). Un projet d'optimisation sous-régional en gestion intégrée de la clientèle MPOC est soutenu par l'Agence. * Fiche de l'indicateur non disponible 1/2 journée de formation sur l'autogestion des maladies chroniques dispensée à l'automne 2013.
1.09.40 PS	Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	70 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
PS	Pourcentage des établissements ayant un projet concret d'amélioration pour le continuum de soins et de services de lutte contre le cancer	50 %	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Travaux en cours en lien avec la mise à jour des portraits et la révision des indicateurs.
PS	Atelier de formation continue offert aux médecins de famille, infirmières de GMF et pharmaciens communautaires (diabète, maladies pulmonaires ou cardiaques, santé mentale)	1 atelier par RLS annuellement	11	0	11	n.d.	Les ateliers COMPASS professionnels ont été suspendus faute de professionnel.

Orientation 2.2

Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers (suite)

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.06.10 PS*	Pourcentage des territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	100 %	s.o.	70 %	s.o.		
1.06.11 PS	Pourcentage des territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
1.06.12 PS*	Nombre de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de trois ans à compter de leur prise en charge	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
1.06.13 PS	Durée moyenne des placements	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
1.06.14 PS	Taux d'enfants resignalés	Diminution		14 %		15,8 %	
PS	Nombre d'usagers requérant des services de plus d'un établissement ayant un PSI (jeunes en difficulté)	n.d.	n.d.	523			
1.07.05 PS et EG	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	Augmentation	100	297	Augmentation	134	L'engagement 2013-2014 est largement atteint.
1.08.05 PS et EG	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 (santé mentale)	260 (excluant les OC) Augmentation	290	295	273	308	L'engagement est atteint à 101,7 %.

Orientation 2.2

Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers (suite)

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.08.06 PS et EG	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 (santé mentale)	700 Augmentation	727	733	700	725	Le taux d'atteinte de l'engagement est de 100,8 %.
1.08.09 PS et EG	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC) Projet régional d'optimisation	À déterminer	12 750	15 376*	12 256	14 578*	L'engagement est largement dépassé avec un taux d'atteinte de 120,6 %. De plus, les services de 1^{re} ligne en santé mentale s'améliorent d'année en année et ce, depuis 2009-2010. En 2013-2014, le nombre d'usagers rejoints est chiffré à 15 376 (incluant les usagers attribuables aux professionnels répondants), soit une augmentation de 5,47 % par rapport au résultat obtenu en 2012-2013. Cette augmentation touche autant la clientèle jeune que celle adulte et représente 1 224 usagers supplémentaires, soit 416 jeunes et 808 adultes. * les résultats de 2012-2013 et 2013-2014 incluent respectivement 2 694 et 2 264 usagers attribuables aux professionnels répondants (facteur de correction).
PS	Pourcentage des RLS offrant un accès à des services de crise (santé mentale)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Terminé et réalisé à 100 %.

Orientation 2.2

Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers (suite)

Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.55.04.01 PS	Nombre de personnes ayant une déficience physique pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CSSS)*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
1.55.04.02 PS	Nombre de personnes ayant une déficience physique pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CRDP)*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
PS	Pourcentage des établissements ayant implanté des trajectoires de services (déficience physique)	100 %		Atteint	100 %	100 %	Complété
PS	Taux de conformité des trajectoires locales aux trajectoires régionales (déficience physique)	n.d.	n.d.	n.d.	75 %	n.d.	Début des travaux de l'étude de conformité en partenariat avec la DSPRÉ. Les résultats sont prévus en juin 2015.
1.55.05.01 PS	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CSSS)*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
1.55.05.02 PS	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CRDI)*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
PS	Pourcentage des établissements ayant implanté des trajectoires de services (DI-TED)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Complété
PS	Taux de conformité des trajectoires locales aux trajectoires régionales (DI-TED)	75 %	75 %	48 % (CSSS) 74 % (CRDITED)	75 %	48 % (CSSS) 74 % (CRDITED)	Ces résultats sont issus des travaux réalisés en 2013-2014 et basés sur les données disponibles au 31 mars 2013. Résultat régional 2013-2014 basé sur les 13 résultats locaux.

Axe d'intervention : Une passerelle vers un avenir en santé

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.02.06 PS et EG	Nombre de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique	s.o.	100 %	100 %	100 %	100 %	

5.2.3 Perte d'autonomie et vieillissement

En 2013-2014, 27 628 personnes en perte d'autonomie ont reçu des services de soutien à domicile alors que le nombre moyen d'interventions par usager était de 32,17 interventions. De plus, les établissements de la Montérégie continuent à mettre en place le réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie dans chaque territoire local. L'implantation de ce réseau contribue à offrir des services de soutien à domicile continus et de qualité aux usagers.

L'Agence a également fait un travail important pour appuyer et soutenir ses établissements dans la réalisation des activités liées au déploiement du soutien à l'autonomie. Quatre rencontres régionales ont eu lieu depuis janvier 2014 pour annoncer aux CSSS les orientations retenues et ainsi planifier les activités à réaliser. Des conférences téléphoniques hebdomadaires sont animées afin d'informer nos établissements, en cours de déploiement, des changements à apporter. Un chargé de projet soutient l'avancement de ce dossier permettant ainsi une coordination efficace des différents secteurs mobilisés dans ce projet.

Plus spécifiquement, l'exercice d'évaluation des besoins des usagers SAD SAPA avec l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) a été atteint à 90 %, ce qui représente près de 14 066 usagers évalués. Afin de permettre aux intervenants d'utiliser le module du plan de service individualisé et d'allocation des services (PSIAS), 44 formatrices endogènes locales de la Montérégie ont été formées à son utilisation. De plus, 150 intervenants ont été formés à la rédaction d'un plan interdisciplinaire et 159 intervenants ont été formés à l'utilisation de l'OÉMC. L'Agence poursuivra ses formations régionales pour l'année 2014-2015 et déjà, près de 322 nouveaux intervenants seront formés à l'utilisation de l'OÉMC.

Proches aidants

Selon le cadre régional d'allocation Services de répit aux proches aidants, les CSSS ont convenu d'ententes de service avec les organismes communautaires afin de rendre disponibles des services de répit aux proches aidants. L'organisme Baluchon Alzheimer a permis à 40 familles de bénéficier de 347 jours de « baluchonnage ».

Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les aînés 2010-2015

L'année 2013-2014 a été marquante dans le cadre de la problématique en maltraitance. Un mécanisme de concertation a été mis en place avec l'ensemble des partenaires impliqués auprès des aînés abusés et maltraités. Ainsi, 3 tables sous-régionales de concertation en maltraitance ont été créées sur chaque territoire de Conférence régionale des élus (CRÉ), répondant ainsi à une préoccupation des organisations et établissements du réseau.

Orientation 2.3

Répondre aux besoins d'une population vieillissante

Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.03.06 PS et EG	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	70 %	68 %	75,3 %	65 %	69,49 %	L'engagement 2013-2014 est atteint à 110,7 %.

Axe d'intervention : Adaptation des services

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.03.07 PS	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ) en centre hospitalier	60 %	s.o.	64 %		n.d.	
1.03.09 PS	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	100 %	100 %	100 %	100 %	n.d.	
PS	Pourcentage de centres hospitaliers ayant un projet concret d'amélioration visant l'utilisation de l'urgence par les personnes de 75 ans et plus	50 %	30 %	100 %	30 %	100 %	Ce projet est terminé avec une atteinte de 100 % des CH en 2012.
PS	Nombre de centres hospitaliers ayant un programme de maintien de la mobilité fonctionnelle et de la réduction des effets de delirium lors des épisodes de soins	100 %		Atteint	60 %	100 %	Fait partie d'un groupe de projets : Approche adaptée à la personne âgée.

5.2.4 Hébergement pour les personnes en perte d'autonomie

Politique régionale des mécanismes d'accès à l'hébergement

L'Agence a mis en application les orientations du MSSS à la suite de l'adoption par ce dernier en février 2013 de balises concernant les profils retenus pour l'accessibilité en CHSLD. L'Agence s'est aussi dotée d'un mécanisme de suivi afin d'en assurer l'application.

Liste d'attente en centres d'hébergement et en ressources non institutionnelles

L'Agence a entrepris l'épuration de sa liste d'attente en hébergement en mars dernier. À ce jour, 73 % des dossiers ont été admis ou fermés pour les usagers ayant plus de deux ans d'attente. Chaque CSSS a été sollicité afin de collaborer à la mise à jour des demandes d'hébergement.

L'Agence assure le suivi de la mise à jour de sa liste d'attente en hébergement de façon continue. Chaque CSSS est sollicité afin de collaborer à la mise à jour des demandes d'hébergement.

Développement de places en ressources alternatives à l'hébergement institutionnel et en récupération fonctionnelle

Dans le cadre du Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013, le MSSS a consenti des investissements totalisant 33 925 000 \$ en Montérégie. Ces investissements viennent soutenir la planification stratégique de l'Agence en permettant de poursuivre les actions de développement de formules résidentielles et adaptées aux besoins des personnes âgées ayant des incapacités significatives et persistantes en Montérégie.

En 2013-2014, la mise en œuvre du plan a permis de développer 264 nouvelles places pour un total de 844 places permanentes en alternative à l'hébergement institutionnel. Ces places sont destinées

majoritairement à la clientèle personnes âgées, mais aussi pour les clientèles adultes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou une problématique de santé mentale.

Mise en œuvre de la Loi 49 et Cadre de référence RI-RTF

Loi 49 : Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives [LRR].

L'Agence et les établissements du réseau poursuivent la mise en œuvre de la LRR, notamment en s'appropriant le contenu et l'application des ententes collectives ou nationales. De plus, avec l'arrivée, en avril 2014, d'un nouveau Cadre de référence RI-RTF, l'Agence et les établissements ont amorcé la planification des modifications requises à leur organisation administrative pour ce dossier.

Unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF)

Le programme UTRF s'adresse aux personnes âgées vulnérables qui, à la suite d'un épisode de soins aigus en milieu hospitalier, présentent des incapacités fonctionnelles qui compromettent leur retour sécuritaire à domicile.

L'UTRF a pour objectif d'offrir des soins adaptés et des services de réadaptation à ces personnes afin de leur permettre de recouvrer un potentiel d'autonomie suffisant pour envisager un retour à domicile ou pour accéder à un type d'hébergement mieux adapté à leur condition.

Avec la poursuite du Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013, on compte 91 places supplémentaires en UTRF, dont 18 places développées en 2013-2014. Par cet ajout, la Montérégie bénéficie de 223 places réparties dans 10 installations. En 2013-2014, le programme UTRF a desservi 194 usagers de plus qu'en 2012-2013, soit 1 824 usagers comparativement à 1 630 usagers l'année précédente.

Orientation 2.4

Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.03.08 PS	Nombre de places TOTAL en ressources résidentielles de proximité (tous les programmes-services)	Augmentation	Indicateur retiré temporairement par le MSSS (en expérimentation)		s.o.	6 050	
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Déficience physique	Augmentation			s.o.	137	
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Déficience intellectuelle et TED	Augmentation			s.o.	1 678	
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Jeunes en difficulté	Augmentation			s.o.	1 094	
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Dépendances	Augmentation			s.o.	19	
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Santé mentale	Augmentation			s.o.	776	
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Santé physique	Augmentation			s.o.	15	
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Perte d'autonomie liée au vieillissement	Augmentation			s.o.	2 331	

Orientation 2.4

Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités (suite)

Axe d'intervention : Services de soutien à domicile

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.03.05.01 PS et EG	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC) pour les clientèles des programmes PALV, DP, DI et TED	1 464 345	1 623 407	1 698 412	1 388 691	1 523 327	L'engagement 2013-2014 a été atteint à 104,6 %.
PS	Pourcentage des territoires locaux ayant adopté des critères d'accès harmonisés en matière de SAD	100 %			70 %		Le projet est en attente des nouvelles orientations du MSSS avant sa mise en place.
PS	Pourcentage des CSSS utilisant le progiciel (projet régional d'optimisation)	90 %	80 %	100 %	70 %		Le progiciel SyMo est implanté dans les 6 CSSS (La Pommeraie, de Vaudreuil-Soulanges, du Haut-Saint-Laurent, Champlain-Charles-Le-Moyne, Haut-Richelieu-Rouville et du Suroît) participant au projet de démonstration.
PS	Pourcentage des établissements régionaux utilisant le progiciel (projet régional d'optimisation)	75 % du SAD	60 %	25 %	50 %	25 %	

5.3 Enjeu 3 : La réduction des délais pour l'accès aux services

5.3.1 Les services aux personnes présentant une déficience

Le « *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* » demeure au cœur des priorités régionales en 2013-2014. Ainsi, les résultats des taux de respect des délais d'accès démontrent des améliorations pour l'année 2013-2014. On observe, encore cette année, une progression des résultats pour l'accès au premier service par rapport aux années précédentes, tant en déficience intellectuelle qu'en déficience physique.

Déficience physique

Sur le plan du programme-services Déficience physique :

- Des travaux d'analyse de l'utilisation des lits d'URFI dans la région ont débuté à l'automne 2013. Ces travaux permettront d'identifier l'écart entre les besoins et le requis de l'offre de service en URFI conformément aux orientations ministérielles, au rapatriement de la clientèle de Montréal et aux perspectives démographiques de la Montérégie. Le portrait des services de réadaptation fonctionnelle externe fait également partie des travaux amorcés.
- Début des travaux visant la mesure du taux de conformité entre les trajectoires locales et la trajectoire régionale en vue d'identifier localement les zones d'améliorations dans l'offre

de service locale, et ce, pour les quatre types de déficience (motrice, visuelle, auditive et du langage).

- Début des travaux pour l'élaboration des trajectoires et offre de service pour les clientèles ayant subi un AVC-AIT.
- Amélioration des services résidentiels en déficience physique : suite à des allocations budgétaires ministérielles, des travaux dans le but de développer de nouvelles ressources d'hébergement pour des clientèles ayant une déficience physique ou d'améliorer ou consolider l'offre de service ont été amorcés.
- Projet pilote d'une ressource offrant des services à une clientèle ayant une déficience physique et un trouble très grave de comportement (TTGC).

Déficience intellectuelle

Les efforts consentis dans ce programme-services se sont concentrés vers :

- la consolidation des services à la clientèle DI-TED en CSSS, en plus de la poursuite des travaux de spécialisation des services en CRDITED;
- une importante participation à l'audition de la Commission d'administration publique portant sur le continuum DI-TED;
- l'amorce de travaux d'optimisation dans le but de réduire les délais d'accès pour les cliniques d'évaluation des troubles envahissants du développement (CÉTED);
- la poursuite des travaux d'actualisation du cadre de référence régional pour le développement d'un réseau intégré de services DI-TED, notamment sur le plan de l'appropriation du cadre et de la formation des intervenants;

- la poursuite des travaux visant la mesure du taux de conformité entre les trajectoires locales et la trajectoire régionale en vue d'identifier localement les zones d'améliorations dans l'offre de service locale.

D'autres travaux régionaux visent l'ensemble de la clientèle DI-TED et DP, notamment :

- la Table « Réseau intégré de services DI-TED et DP », à laquelle participaient tous les directeurs de programme DI-TED et DP, visant l'amélioration des services dans le cadre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience;
- le déploiement de services d'activités de jour en CSSS en collaboration avec les organismes communautaires, et ce, pour la clientèle de 21 ans et plus;
- l'adoption du Cadre de référence régional du programme Soutien à la famille (SAF);
- la mise en œuvre de l'entente MSSS-MÉLS, particulièrement en ce qui concerne la Transition école-vie active (TEVA) et le PSI.

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.07.04 PS et EG	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80 %	60 %	57,7 %	55 %	63,2 %	L'engagement convenu est atteint à 96 %.
1.45.04.01 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (toutes priorités – CSSS)	90 %	90 %	92 %	90 %	91,4 %	
1.45.04.02 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (urgent – CSSS)	90 %	90 %	81,4 %	90 %	78,6 %	
1.45.04.03 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (élevé – CSSS)	90 %	90 %	94,7 %	90 %	93 %	
1.45.04.04 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (modéré – CSSS)	90 %	90 %	91,4 %	90 %	91,8 %	
1.45.04.05 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (toutes priorités – CRDP)	90 %	90 %	98,6 %	90 %	98,5 %	
1.45.04.06 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (urgent – CRDP)	90 %	90 %	0 %*	90 %	0 %	* Deux demandes urgentes ont été répertoriées dans toute la Montérégie, non traitées selon les délais requis (trois jours) en 2011-2012 et influencent toujours ce résultat. Rappelons qu'il s'agit ici d'une erreur de saisie en lien avec la priorisation de la demande (réf. : usager de priorité élevée) et que les usagers ont reçu les services en 6 jours.

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.45.04.07 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (élevé - CRDP)	90 %	90 %	98,3 %	90 %	98 %	
1.45.04.08 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (modéré - CRDP)	90 %	90 %	99,1 %	90 %	99,3 %	
1.45.45.02 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, urgent)	90 %	90 %	78,3 %	90 %	74,6 %	Bien que l'engagement de desservir 90 % des usagers dans les délais requis ne soit pas atteint, les résultats obtenus sont en constante amélioration. En effet, le taux des demandes traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès est passé de 39,6 % en 2009-2010 à 78,3 % en 2013-2014.
1.45.45.03 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, élevé)	90 %	90 %	97,6 %	90 %	97 %	
1.45.45.04 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, modéré)	90 %	90 %	85,7 %	75 %	87,8 %	Le résultat de 2013-2014 s'explique par une très forte demande de services en Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED) notamment pour la clientèle présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). De plus, les établissements desservent la clientèle présentant une hypothèse de TSA.
1.45.05.01 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (toutes priorités - CSSS)	90 %	90 %	96 %	90 %	92,5 %	

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.45.05.02 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (urgent - CSSS)	90 %	90 %	83,3 %	90 %	62,5 %	
1.45.05.03 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (élevé - CSSS)	90 %	90 %	92 %	90 %	87,6 %	
1.45.05.04 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (modéré - CSSS)	90 %	90 %	96,8 %	90 %	93,8 %	
1.45.05.05 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (toutes priorités - CRDITED)	90 %	90 %	64,6 %	90 %	66,7 %	
1.45.05.06 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (urgent - CRDITED)	90 %	90 %	66,7 %	90 %	100 %	
1.45.05.07 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (élevé - CRDITED)	90 %	90 %	91,4 %	90 %	92,9 %	
1.45.05.08 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (modéré - CRDITED)	90 %	90 %	61,4 %	90 %	63 %	

5.3.2 Les services de médecine et de chirurgie

Mise en place du Mécanisme d'accès aux services diagnostiques et thérapeutiques (MASDT)

Le mécanisme d'accès aux services diagnostiques et thérapeutiques (MASDT) a été mis en place dans les CSSS à compter de mars 2014. Ces modalités permettent dorénavant un accès rapide à un prélèvement simple (selon une liste d'examen préétablie) ou une radiographie simple (pulmonaire ou des membres pour une fracture) prescrit par un médecin de GMF ou de CR à des personnes en situation clinique urgente. Si le service diagnostique est offert à l'hôpital, on leur évite de transiter par l'urgence, de passer par le triage puis une nouvelle évaluation clinique, dans le seul but d'obtenir les tests diagnostiques qui leur ont été prescrits.

L'accès à ces examens est offert durant des plages horaires étendues jusqu'à 20 heures la semaine et durant 4 heures les fins de semaine et les jours fériés. Les CSSS ont également convenu des mécanismes assurant la transmission rapide des résultats critiques au médecin requérant.

La coordination des urgences

Cette année, nous avons observé une amélioration des temps d'attente aux urgences. Le pourcentage de séjours de 48 heures est de 7 % contre 7,8 % l'an passé. La DMS globale est de 19,1 heures contre 19,7 heures l'an passé. Les travaux des CSSS, notamment sur les plans de la surcapacité et de la mise en œuvre des plans de gestion d'éclosion d'influenza et de gastroentérite, ont grandement contribué à l'atteinte de ces résultats.

Maladies chroniques

Afin de faire suite à la Journée montréalaise de 2012, « Une première ligne toute tracée pour des générations en santé », l'Agence a organisé en novembre 2013 une demi-journée de réflexion en maladies chroniques portant principalement sur la mise en place du centre d'accompagnement et d'intervention en maladies chroniques (CAIMC).

Cet événement réunissait les cadres répondants en maladies chroniques, les médecins désignés du DRMG local en maladies chroniques et d'autres gestionnaires et intervenants du réseau impliqués dans le continuum.

La demi-journée a permis de :

- sensibiliser le réseau à une approche efficace d'autogestion (entretien motivationnel);
- susciter un *leadership* local pour assurer l'implantation et le suivi d'un centre d'accompagnement et d'intervention en maladies chroniques (CAIMC);
- identifier des pistes d'actions prioritaires à déposer auprès des directeurs d'établissements pour la création d'un CAIMC dans chaque CSSS.

Obstétrique

Dans le cadre du rapatriement 514-450, la région a pour objectif de retenir près de 433 patientes qui accouchent habituellement au CUSM et au CHUM. Afin de réaliser cet objectif, l'Agence a mis sur pied un groupe de travail composé essentiellement d'obstétriciens et de gestionnaires de qui relève l'obstétrique. Un plan d'action décrivant plusieurs stratégies de rétention a été élaboré et déposé à la table 514-450 de la province au mois de mai 2014.

Listes d'attente en chirurgie

En chirurgie (incluant l'oncologie), en respectant les délais médicalement requis,

- la hausse des demandes pour une arthroplastie totale de la hanche et pour une arthroplastie totale du genou se maintient depuis les dernières années. Dans la majorité des établissements, elle dépasse largement la capacité pour ce type de chirurgie. Notons que plusieurs établissements de la région parviennent à répondre à la demande.

- des efforts sont réalisés par les établissements qui n'atteignent pas la cible et un suivi mensuel est réalisé par l'Agence afin qu'aucun patient ne soit en attente plus de 12 mois pour une chirurgie. Mentionnons que ce suivi est réalisé pour les 5 catégories de chirurgies.
- en chirurgie oncologique, bien que l'engagement 2013-2014 ne soit pas atteint, nous constatons que les établissements travaillent activement à prioriser ces chirurgies afin qu'elles soient réalisées le plus rapidement possible, en tenant compte des délais fixés. Un suivi régulier est réalisé de la part de l'Agence. Nous constatons toutefois que ces chirurgies sont plutôt réalisées à l'intérieur du délai maximal de 56 jours. Durant la période, elles l'ont en effet été à 93 %.

Une intensification du suivi était rendue nécessaire alors qu'au début de 2013, il était constaté une augmentation du délai d'attente pour une chirurgie dans l'ensemble du Québec. Bien que la performance des établissements de la Montérégie ne fût pas critique, le suivi a permis de réduire les délais d'attente pour les usagers de la région.

Cancérologie

L'année 2013-2014 a vu la poursuite de l'actualisation de la nouvelle gouverne régionale de cancérologie, notamment la mise sur pied du comité régional de coordination qui regroupe la majorité des directeurs de santé physique des établissements, de même que des représentants du comité régional de concertation, des soins palliatifs et des organismes communautaires. Avec la contribution de ceux-ci et des membres du Réseau de cancérologie de la Montérégie, la programmation régionale a été revue et un plan d'action est en cours de finalisation. La Montérégie assume activement son rôle de *leadership* quant au déploiement des communautés de pratiques régionales, préconisé par le plan d'action de la Direction québécoise de cancérologie. Plusieurs régions consultent d'ailleurs les responsables régionaux des différentes communautés de pratique afin de s'inspirer de l'expertise régionale.

Du côté des soins, les services de radio-oncologie ont maintenant atteint leur pleine capacité, et 100 % des patients ayant besoin de radiothérapie ont débuté leurs traitements en moins de 28 jours, dépassant ainsi la cible ministérielle. La réorganisation des cliniques de chimiothérapie pour offrir des rendez-vous en deux temps se poursuit, diminuant ainsi significativement les délais d'attente des patients lors d'une journée de rendez-vous.

Soins palliatifs

Des allocations supplémentaires allouées en juillet 2014 ont permis le rehaussement significatif du nombre d'interventions en soins palliatifs à domicile, au-delà des cibles ministérielles. Des travaux avec certains établissements ont permis l'ouverture de quatre nouveaux lits dédiés aux soins palliatifs, et 11 autres sont planifiés pour l'année qui vient. Un projet de centre de jour en soins palliatifs a été accepté et les travaux préparatoires ont débuté. Finalement, six projets locaux ont été financés par le MSSS afin de développer des services de soutien, principalement l'accès au répit pour les proches aidants.

Douleur chronique

Selon la documentation, la prévalence de la douleur chronique chez l'adulte varie entre 11,5 % et 55,2 % dans le monde avec une valeur pondérée de 35,5 %. Il semble que la douleur chronique grave ou qui impose de fortes limitations pourrait toucher 11 % des adultes. En effet, en 2011-2012, plus de 10 % de la population montérégienne a consulté les services de santé pour des problèmes de douleur chronique.

En lien avec cette problématique, l'Agence a mis sur pied un comité régional en douleurs chroniques composé d'anesthésistes, médecins omnipraticiens, gestionnaires de secteur dont relève la clinique de la douleur et représentant du centre de réadaptation (CMR).

Son mandat est d'élaborer un plan d'organisation régional en douleur qui permette une hiérarchisation et une meilleure intégration des services.

Biologie médicale - OPTILAB

Le projet provincial sur l'optimisation des laboratoires (OPTILAB) se précise et se développe. Au cours de la dernière année, plusieurs assises ont été mises en place afin de réaliser le projet. Ainsi la grappe Montérégie, composée de la plupart des CSSS de la région, a été créée. Le laboratoire régional de la grappe est le CSSS Champlain-Charles-Le Moyne et les autres laboratoires sont à l'échelle locale ou communautaire. Notons que les CSSS de la Haute-Yamaska et La Pommeraie font partie d'OPTILAB Cantons de l'Est (Sherbrooke).

La gouvernance régionale est composée de divers comités et tous les gestionnaires et les médecins spécialistes de laboratoires participent à la structure réseau participative. Les travaux pour le développement d'un plan d'action régional ont débuté et progressent. Ces travaux se poursuivront jusqu'à la fin 2014.

En 2013-2014, les établissements ont élaboré les plans et devis de construction pour les différentes phases de travaux et préparé les appels d'offres pour les travaux de la phase 1.

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.07 PS et EG	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	90 %	90 %	100 %	90 %	99,7 %	
1.09.08A PS et EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	100 %	100 %	99,39 %	99,85 %	99,15 %	
1.09.08B PS et EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	100 %	90 %	99,81 %	90 %	98,49 %	
1.09.09A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	
1.09.09B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	
1.09.10A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	
1.09.10B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	
1.09.20.01 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	90 %	90 %	78,6 %	90 %	84 %	On assiste à une hausse des demandes pour une arthroplastie totale de la hanche et pour une arthroplastie totale du genou ces dernières années. Dans la majorité des établissements, elle dépasse largement la capacité pour ce type de chirurgie. Notons que plusieurs établissements de la région parviennent à répondre à la demande. Un suivi mensuel est réalisé afin qu'aucun patient ne soit en attente plus de 12 mois pour les cinq catégories de chirurgie.
1.09.20.02 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	90 %	90 %	71,4 %	90 %	77,6 %	

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.20.03 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	90 %	90 %	96,5 %	90 %	95,7 %	
1.09.20.04 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	90 %	90 %	88,8 %	90 %	90,9 %	
1.09.20.05 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	90 %	90 %	94 %	90 %	94,1 %	
1.09.32.01 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie de la hanche	s.o.	0	1	0	1	
1.09.32.02 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie du genou	s.o.	0	3	0	3	
1.09.32.03 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	s.o.	0	2	0	2	
1.09.32.04 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	s.o.	0	240	0	240	
1.09.32.05 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	s.o.	0	57	0	57	
1.09.33.01 PS et EG	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (du calendrier)	90 %	80 %	60,4 %	70 %	62,9 %	Un suivi régulier est réalisé de la part de l'Agence. Dans 90 % des cas, les chirurgies sont réalisées à l'intérieur du délai maximal de 56 jours.
1.09.33.02 PS et EG	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (du calendrier)	s.o.	s.o.	90 %	s.o.	88,8 %	

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	Objectif	2013-2014	2012-2013		Commentaires
				Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.34 EG	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale		90 %	* graphies : 100 % * scopies : 57 % * mammographies diagnostiques : 98 % * échographies obstétricales : 100 % * échographies cardiaques : 56 % * échographies mammaires : 62 % * autres échographies : 67 % * tomodensitométries : 60 % * résonances magnétiques : 52 %		n.d.	
1.09.35 EG	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale		100 %	* graphies : 95 % * scopies : 95 % * mammographies diagnostiques : 87 % * échographies obstétricales : 98 % * échographies cardiaques : 98 % * échographies mammaires : 99 % * autres échographies : 98 % * tomodensitométries : 97 % * résonances magnétiques : 80 %		n.d.	
1.09.36 EG	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale		90 %	* graphies : 100 % * scopies : 91 % * mammographies diagnostiques : 99 % * échographies obstétricales : 99 % * échographies cardiaques : 93 % * échographies mammaires : 86 % * autres échographies : 79 % * tomodensitométries : 86 % * résonances magnétiques : 84 %		n.d.	
1.09.37 EG	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale		100 %	* graphies : 71 % * scopies : 79 % * mammographies diagnostiques : 78 % * échographies obstétricales : 95 % * échographies cardiaques : 79 % * échographies mammaires : 77 % * autres échographies : 74 % * tomodensitométries : 77 % * résonances magnétiques : 69 %		n.d.	

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Urgences

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.01 PS et EG	Séjour moyen sur civière (durée)	12	12	19,15	12	19,71	Cette année, nous observons une amélioration des temps d'attente aux urgences. Le pourcentage de séjour de 48 heures est de 7 % c. 7,8 l'an passé. Il en est de même pour les séjours de plus de 24 heures qui sont à 29,4 % c. 31,2 l'an passé. La DMS globale est de 19,1 h c. 19,7 l'an passé.
1.09.02 EG	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	s.o.	19,2	25,2	19,20	26,01	
1.09.03 PS et EG	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	0 %	1 %	7 %	0 %	7,8 %	
1.09.04 EG	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	s.o.	7,6 %	12,5 %	7,6 %	14,1 %	
1.09.31 PS et EG	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	15 %	20 %	29,4 %	15 %	31,22 %	
PS	Définition des dessertes ambulancières et des critères d'orientation	100 %	100 %	100 %	75 %	n.d.	

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Urgences (désencombrement)

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
4.01.01 PS	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée par CH	s.o.	3	3,9	3	5,1	
4.01.02 PS	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	s.o.	3	1,1	3	1,2	
4.01.03 PS	Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	s.o.	3	2	3	2,2	
4.01.04 PS	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	s.o.	3	2	3	2,2	
4.01.05 PS	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	s.o.	3	7,8	3	8,2	
4.01.06 PS	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	s.o.	3	2	3	1,1	
4.01.07 PS	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	s.o.	3	1,5	3	1,7	
4.01.08 PS	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	s.o.	s.o.	s.o.	4,99 %	6,62 %	Indicateur retiré temporairement.

5.3.3 Santé mentale

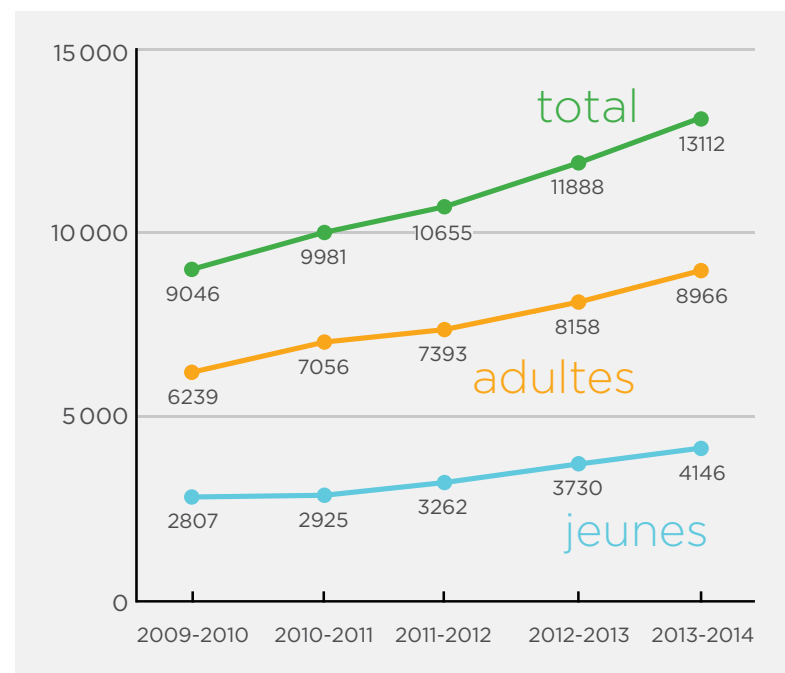
Plusieurs améliorations ont été enregistrées en 2013-2014 pour l'ensemble des indicateurs de santé mentale. Les efforts déployés par les CSSS de la Montérégie ont permis de consolider notre offre de services et ainsi d'augmenter l'accessibilité.

À la lumière des résultats de l'année 2013-2014, on constate que notre offre de service en 1^{re} ligne ou en suivi intensif est en constante évolution. Notre défi demeure le développement du suivi d'intensité variable, de même que l'amélioration des indicateurs de l'urgence et l'accessibilité aux services de 2^e ligne.

En ce qui concerne les services de 1^{re} ligne, le nombre d'utilisateurs suivis est passé de 11 888 en 2012-2013 à 13 112 en 2013-2014, soit une augmentation de 10,2 %. Cette hausse significative que l'on peut voir au Graphique 3, a touché autant la clientèle des jeunes (4146 vs 3730, soit + 11,2 %) que celle des adultes (8966 vs 8158, soit + 9,9 %).

Graphique 3

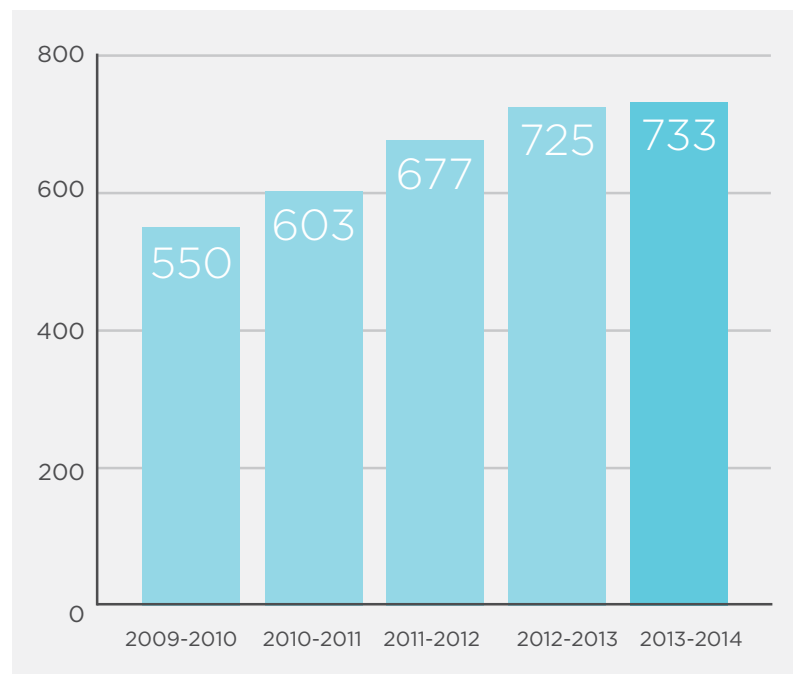
Nombre d'utilisateurs suivis par les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne



La progression constante enregistrée au cours des quatre dernières années pour le suivi intensif pour des adultes ayant des troubles mentaux graves est à signaler. Ainsi, une augmentation de 1,1 % en 2013-2014 a été constatée par rapport à l'année précédente, passant de 725 à 733 places.

Graphique 4

Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves

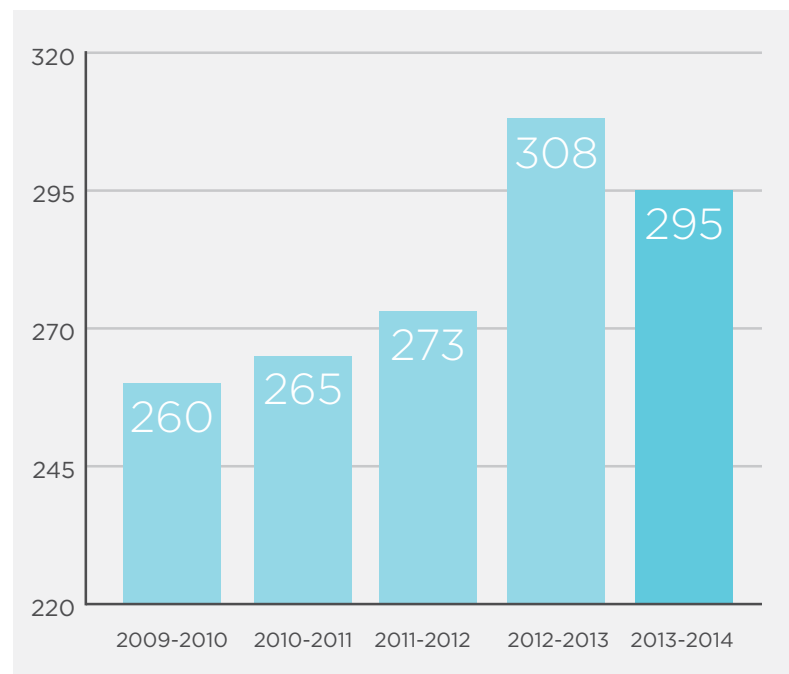


Pour le soutien d'intensité variable, les CSSS ont obtenu en 2013-2014 un résultat de 295 places en moyenne par période, soit une diminution de 4,2 % et un taux d'atteinte de leur engagement de 101,7 %. Pour ce qui est du SIV offert par les onze organismes communautaires de la région, le résultat atteint en 2013-2014 est de 662 places en moyenne, par période, soit une diminution.

Les visites du centre National d'Excellence en santé mentale auprès des équipes SIV continueront à se faire pour améliorer nos pratiques et par là même, nos résultats.

Graphique 5

Nombre de places en services de suivi d'intensité variable pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves



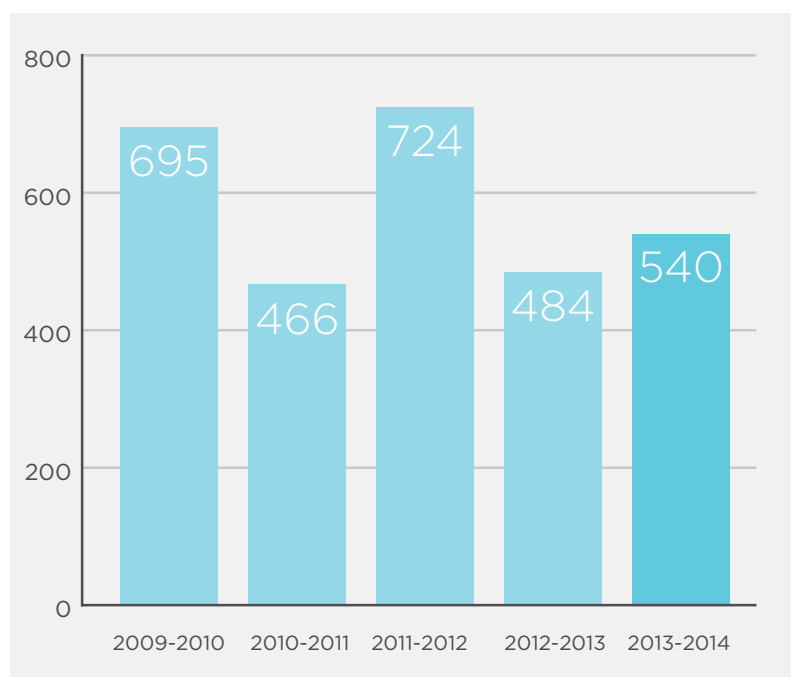
Une légère amélioration a été observée pour l'année 2013-2014 en ce qui concerne le séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale. Ainsi, la durée moyenne de séjour est passée de 20,24 à 19,72 heures, soit une diminution de près de 2,6 %. Cependant, l'objectif de 16 heures n'a pas encore été atteint.

Les efforts déployés par les établissements ont eu un impact majeur pour les patients. En effet, le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale a diminué de 1,20 %, passant de 7,71 % à 6,51 %.

En ce qui concerne l'accessibilité aux services de 2^e ligne, le résultat enregistré en 2013-2014 est en augmentation par rapport à 2012-2013. En effet, le nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de 2^e et 3^e lignes en santé mentale est supérieur à 60 jours est passé de 484 à 540, soit une augmentation de 11,6 %.

Graphique 6

Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de 2^e ou de 3^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours



Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Références aux services médicaux spécialisés

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.38 PS	Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille (PASS)*	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	* Fiche de l'indicateur non disponible
PS	Pourcentage des établissements visés par des ententes formelles avec les différents RUIS en fonction des critères d'accessibilité, de continuité et en prenant en compte les corridors traditionnels	100 %	100 %	90 % (10/11)	80 %	90 % (10/11)	Plan d'organisation pour les TCC légers adopté par le Comité régional de traumatologie, approuvé par l'INESSS et en vigueur pour l'ensemble des établissements.

5.4 Enjeu 4 : La qualité et l'innovation

5.4.1 Innovation en perte d'autonomie et vieillissement

En amont : Pour le maintien à domicile des personnes âgées

Par des ateliers de pratique réflexive, le projet *En amont* invite les établissements à développer une gouvernance clinique, en responsabilisant les gestionnaires et professionnels concernant les services de maintien à domicile offerts aux usagers de leur territoire. Lors de l'atelier, on présente un portrait spécifique de la population âgée et des services dispensés sur le territoire. Les participants sont invités à commenter en livrant leurs perceptions des problèmes rencontrés et des solutions envisagées au regard des services offerts par leur établissement. Des zones d'amélioration sont identifiées et des exemples de meilleures pratiques sont démontrés. Par la suite, l'équipe locale élabore son projet d'amélioration. L'implantation de la pratique choisie est assurée par l'équipe locale elle-même, avec le soutien de l'Agence. Deux CSSS de la Montérégie se sont impliqués et ont bénéficié des ateliers de pratiques réflexives dans le cadre de ce projet, et les projets d'amélioration sont présentement amorcés.

5.4.2 Qualité des soins et services

L'Agence a pour mandat de coordonner et de soutenir les établissements afin d'assurer une prestation sécuritaire des soins et services aux usagers. À cette fin, diverses actions sont réalisées afin de maintenir et d'améliorer la qualité des soins et services dispensés.

Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie

En 2013-2014, l'Agence a participé, sous l'égide du MSSS, aux visites d'évaluation de :

- 26 centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD);
- 2 établissements gestionnaires de ressources intermédiaires (RI) pour les clientèles de personnes âgées en perte d'autonomie et jeunesse en difficulté.

Ces visites ont pour objectif d'évaluer la qualité du milieu de vie des résidents et de permettre à l'établissement d'établir un plan d'amélioration visant tant le milieu de vie que la qualité des services.

L'Agence assure le suivi de chacun des plans d'amélioration.

Agrément des établissements

L'agrément est la reconnaissance, par une autorité externe approuvée par le MSSS, qu'un établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. Un établissement obtient l'agrément suite à une évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction de normes qui renvoient aux meilleures pratiques. Ce processus tient compte également du contexte et des caractéristiques spécifiques à chaque établissement.

Comme prescrit par la loi (LSSSS), tous les établissements doivent solliciter l'agrément de leurs services de santé et des services sociaux auprès de l'un des deux organismes d'agrément reconnus par le Ministère, soit Agrément Canada (AC) et le Conseil québécois d'agrément (CQA) ou encore le programme conjoint AC/CQA. En 2013-2014, 15 établissements en Montérégie ont reçu leur agrément.

Certification – Ressources d’hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique

Le processus de certification vise à assurer que les personnes aux prises avec des problèmes liés à l’alcoolisme, à la toxicomanie ou au jeu pathologique ont accès à des services de qualité qui respectent les normes établies dans le cadre du Règlement sur la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique. En Montérégie, on compte actuellement 12 ressources certifiées, dont deux qui ont été certifiées en cours d’année.

Comité des usagers et comité des résidents

La LSSSS stipule que tout établissement doit mettre sur pied un Comité des usagers. Si l’établissement offre des services à des usagers hébergés (installations), il doit mettre également sur pied des Comités de résidents.

Le Comité des usagers a pour fonction de promouvoir l’amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers, de les renseigner sur leurs droits et leurs obligations et de défendre les droits et les intérêts collectifs de la clientèle. Le comité des usagers reçoit également les demandes d’accompagnement individuel. Enfin, s’il y a lieu, il s’assure du bon fonctionnement des Comités des résidents.

L’Agence soutient les Comités lors de demandes ponctuelles, soit par de l’accompagnement ou par de la formation. Par ailleurs, elle procède annuellement à une reddition de comptes auprès de l’ensemble des comités des usagers.

Curateur public

Le rôle du Curateur public est de veiller à la protection de personnes inaptes. Il peut exercer ce rôle seul ou le partager avec d’autres : familles, proches et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Aussi, chaque personne est protégée par des mesures qui s’adaptent à sa propre situation.

L’Agence agit à titre de répondante auprès du MSSS pour des questions relatives à la qualité des services offerts par les établissements de la Montérégie à l’égard des personnes sous la protection du Curateur public. Elle est aussi l’interlocutrice privilégiée des personnes ressources dans les établissements de la Montérégie, ainsi que la répondante du Curateur public pour les questions de procédures applicables aux établissements.

Depuis plusieurs années, le Curateur public offre aux personnes ressources du réseau de la santé et des services sociaux des séances de formation en matière de protection des personnes inaptes. En 2013-2014, deux sessions de formation ont eu lieu à l’Agence. Ces formations seront reconduites selon le besoin des personnes ressources des établissements.

Deux programmes de prévention sur la sécurité des soins et des services

Le Programme de formation sur l’approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) vise l’amélioration de la sécurité et de la qualité des soins à la clientèle lors de leur passage en natalité. Ce programme de priorité nationale a débuté en 2008 dans tous les établissements offrant un service d’obstétrique. Tous les CSSS du territoire ont maintenant complété le programme de trois ans.

Une excellente nouvelle pour le milieu obstétrical a été l’annonce du déploiement du deuxième volet du programme AMPRO, soit AMPRO^{OB} PLUS. Trois CSSS sur le territoire ont commencé le programme cette année.

Le Programme de formation sur les facteurs humains relatif à la sécurité des patients est toujours actif. Le but du programme est de sensibiliser les gestionnaires de risques et le personnel soignant des salles d’urgence, des blocs opératoires et des soins intensifs des hôpitaux sur l’importance des facteurs humains dans la prestation sécuritaire des soins. Une formation a eu lieu durant la dernière année.

Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS)

Le SISSS est un système qui rassemble tous les renseignements sur les incidents et les accidents qui surviennent lors de prestation de soins de santé et de services sociaux. L'outil utilisé pour la déclaration des incidents/accidents est le formulaire AH-223. Au début de l'année 2014, une nouvelle version bonifiée du formulaire a été diffusée par le MSSS afin de tendre vers des données plus uniformes, valides et fiables.

Depuis le 1^{er} avril 2009, tous les établissements doivent tenir un registre local des incidents/accidents et l'alimenter. Les données recueillies sont analysées et permettent de mettre en place des correctifs afin d'éviter la récurrence des événements indésirables. Ces données locales saisies alimentent également le registre national des incidents/accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (RNIASSSS).

Suite à la compilation des incidents et des accidents pour la période du 1^{er} avril au 30 septembre 2013, on compte en Montérégie 10 908 chutes (32 %) et 11 831 erreurs reliées à la médication (35 %). Ce sont les deux événements les plus fréquents. Au niveau provincial, les chutes et les erreurs reliées à la médication pour cette même période sont à l'origine de 66 % des déclarations

Rapport du coroner

Le Bureau du coroner est un organisme autonome sous l'autorité du ministre de la Sécurité publique. De manière indépendante et impartiale, il fait une enquête ou une investigation dans tous les cas de décès obscurs ou violents qui surviennent au Québec. Il rédige alors un rapport exposant les causes et les circonstances du décès et peut formuler des recommandations s'il y a lieu¹.

Tel que prescrit par la loi, l'Agence doit s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers. En ce sens, elle exerce un suivi des recommandations énoncées dans les rapports du coroner qui s'adressent à un ou plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Elle doit également répondre aux recommandations qui lui sont directement adressées.

En 2013-2014, 20 rapports de coroner ont fait l'objet de suivis en Montérégie.

Toujours dans une optique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services, plusieurs rapports du coroner, adressés à des instances dans différentes régions du Québec, ont fait l'objet de correspondance, à titre informatif, avec les établissements de la Montérégie.

¹ Article 3 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

Orientation 4.1

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Axe d'intervention : Contrôle des infections nosocomiales

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.01.19.1 PS et EG	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis – diarrhées associées au Clostridium difficile	90 %	90 %	90 %	90 %	80 %	
1.01.19.2 PS et EG	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis – bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	90 %	90 %	100 %	90 %	90 %	
1.01.19.3 PS et EG	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis – bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	90 %	90 %	100 %	90 %	80 %	
PS	Pourcentage des établissements ayant amorcé des travaux d'implication du DCI (projet régional d'optimisation)			Dossier d'affaire déposé au MSSS pour approbation	Architecture et appel d'offres	En cours de réalisation	
PS	Pourcentage des GMF et nombre de cliniques privées où le DMÉ est implanté (dossier régional électronique)	100 % des GMF et la majorité des cliniques privées		59 % des installations GMF (45/76) 8 % des installations cliniques médicales (23/291)	Implantation	22 %	

5.5 Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale du personnel

Orientation 5.1

Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

Axe d'intervention : Disponibilité de la main-d'œuvre médicale

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.28 PS	Niveau d'atteinte des PREM (par rapport aux postes autorisés en médecine spécialisée par catégorie de régions)	80 %	80 %	88 %	s.o.	88 %	
1.09.29 PS	Niveau d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins aux PREM en médecine familiale par catégorie de régions	80 %	80 %	100 %	s.o.	100 %	
PS	Plan quinquennal d'effectifs en médecine spécialisée par territoire de RLS et pour l'hôpital Charles-Le Moyne et les établissements régionaux	80 %	80 %	90 %	70 %	89 %	Indicateur = nombre de territoires ayant recruté 70 % des postes autorisés au PEM en médecine spécialisée.
PS	Plan régional d'effectifs en médecine générale (assurer une répartition équitable de nouveaux médecins de famille dans tous les territoires de la Montérégie)	100 %	80 %	100 %	70 %	100 %	Indicateur = nombre de territoires ayant recruté 70 % des postes de nouveaux facturants.

Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.05.01 PS et EG	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,33 % (diminution de 10 %)	5,44 %	5,1 %	5,55 %	5,87 %	
3.05.02 PS et EG	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel réseau	3,37 % (diminution de 10 %)	3,44 %	3,17 %	3,51 %	3,62 %	

Orientation 5.1

Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée (suite)

Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.06.01 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	2,97 % (diminution de 40 %)	3,33 %	3,71 %	3,74 %	4,29 %	Nous observons une amélioration globale du résultat comparativement à l'année précédente. Certains établissements ont eu plus de difficulté à rencontrer leur engagement pour les heures en main-d'œuvre indépendante. Ces établissements ont démontré une amélioration de leur engagement pour le pourcentage d'heures en temps supplémentaires.
3.06.02 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	1,46 % (diminution de 40 %)	1,7 %	1,08 %	1,98 %	1,87 %	
3.06.03 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	1,16 % (diminution de 25 %)	1,22 %	1,01 %	1,3 %	1,08 %	
3.06.04 PS	Pourcentage de cours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,62 % (diminution de 40 %)	0,71 %	2,18 %	0,8 %	1,85 %	Une situation particulière a contribué au dépassement de l'engagement convenu.
3.08 PS et EG	Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
3.09 PS et EG	Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 %	100 %	89,5 %	100 %	94,4 %	On ne compte qu'un seul établissement qui n'a pas inscrit de projet.
PS	Mise en œuvre de la stratégie (pour mettre en place un processus régional d'identification des titres d'emploi en vulnérabilité et déployer une stratégie régionale pour augmenter la visibilité et l'attraction)	Oui	Oui	Travaux en continu	Oui		

Réduction de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI)

Pour l'année 2013-2014, la cible régionale établie pour la Montérégie a été atteinte pour les titres d'emplois d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires. Bien que la cible 2013-2014 pour les infirmières n'ait pas été atteinte, il n'en demeure pas moins que la région a amélioré grandement son résultat, comparativement à l'année précédente. Un suivi régulier se poursuivra pour l'année 2014-2015.

Orientation 5.2

Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

Axe d'intervention : Rétention et mieux-être au travail

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.01 PS et EG	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,31 % (diminution de 7,1 %)	5,38 %	6,45 %	5,45 %	6,49 %	Une nouvelle méthodologie, adoptée depuis peu, corrigera l'écart pour l'an prochain.
3.10 PS	Pourcentage des établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
PS	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Le projet est implanté dans les établissements. L'ASSSM évalue les travaux.

Orientation 5.3

Soutenir le renouvellement du personnel d'encadrement et l'évolution des pratiques de management

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.11 PS	Pourcentage des cadres supérieurs admis au programme de relève des hors-cadre sur la cible fixée	Déterminer annuellement	*	*	*	*	* En attente des directives ministérielles.
3.12 PS	Pourcentage des projets réalisés au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien de cadres	100 %	100 % (2/2)	100 %	100 % (2/2)	100 %	
3.13 PS et EG	Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	50 %	42 %	66,7 %	31 %	61 %	66,7 % des établissements sont en processus d'amélioration du climat de travail, dont 11 établissements promoteurs en santé et 1 établissement qui est en démarche de devenir entreprise en santé. À ce jour, aucun établissement n'est accrédité.
3.14 PS et EG	Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
PS	Pourcentage des gestionnaires qui pilotent des projets ayant participé au programme de formation	Déterminer annuellement	75 %	29 cadres en cours de programme.	n.d.	95 % 19 cadres ayant piloté chacun un projet.	1 projet <i>Lean</i> par cadre inscrit. Fin du programme 2013-2014 : décembre 2014. En cours d'évaluation pour le démarrage d'une 3 ^e cohorte.
PS	Nombre de professionnels admis au programme régional de relève des cadres intermédiaires : 50 annuellement	Déterminer annuellement	50/an	2012-2014 : 35 terminent le programme en janvier 2015. 2013-2015 : 48 en cours de programme.	50/an	52	La proportion du volume est évaluée annuellement avec les DRH. 2014-2016 : 55 dossiers en évaluation de potentiel.
PS	Nombre de personnes qui ont accédé à un poste de cadre	Déterminer annuellement		Cadres intermédiaires - 2012-2014 : plus de 50 % de nominations	n.d.	3	

5.6 Enjeu 6 : Une gestion performante et imputable

Orientation 6.1

Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Adoption des orientations concernant les achats regroupés et la standardisation de la radiologie numérique (PACS), du SIP et du DMÉ (projet régional d'optimisation)	s.o.					Déploiement complet des systèmes PACS, SIP. Déploiement partiel du DMÉ.
PS	Analyses du <i>benchmarking</i> (intégrer les données sur le suivi financier et la productivité au modèle d'appréciation de la performance utilisé dans la région)	Analyses disponibles pour les 10 CH		Objectif atteint	s.o.	3 CH visités	Les projets d'appréciation de la performance commencés en 2014 s'appuient sur le modèle d'appréciation de la performance du MSSS. Ce modèle comprend les dimensions d'efficacité et de viabilité qui englobent le suivi financier et la productivité.

Orientation 6.1

Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux (suite)

Axe d'intervention : Performance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2013-2014		2012-2013		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Identification et réalisation de portraits d'appréciation de la performance sur une base annuelle	1 ou 2 portraits/an	Poursuite des travaux prioritaires.	Objectif atteint (Note 1).	Poursuite des travaux PALV. Continuum santé mentale (selon priorités).	PALV : trajectoire à l'urgence (2 ^e phase), tableau de bord optimisation, performance hospitalière, diabète phase 2, soutien dossier santé mentale.	Note 1 : Travaux réalisés durant l'année 2013-2014 : - Analyse de la performance hospitalière en Montérégie; - Impact démographique (514-450) : Une offre de service ajustée pour les 3L et la Montérégie; - Méthode d'allocation basée sur l'équité populationnelle. Dossier PALV : - Continuité et intensité de services auprès des usagers PALV du soutien à domicile en Montérégie; - Analyse de la performance des services de soutien à domicile après de la clientèle PALV; - Projet d'optimisation des services de soutien à domicile longue durée; - Estimation des besoins en soutien à domicile en 2021-2022 en Montérégie : clientèle de 65 ans et plus en perte d'autonomie liée au vieillissement; - Analyse de la trajectoire de l'urgence par les personnes de 75 ans et plus en Montérégie : données 2009-2010.
PS	Production et diffusion des rapports de performance	Selon les portraits réalisés	Travaux diffusés et soutenus auprès des utilisateurs.	Objectif atteint. Tous les rapports d'appréciation de la performance sont diffusés sur la page extranet de l'Agence.	Diffusion rapports MPOC, PALV (volet MAJ). Santé mentale (si priorisé).	Diffusion des rapports. Dépôt sur : - Extranet - Soutien utilisateurs.	

Le secteur Performance de l'Agence réalise en continu des travaux d'appréciation de la performance. Les dossiers sont d'envergure différente selon les besoins et peuvent s'échelonner sur plusieurs mois. Tous les dossiers sont diffusés auprès des demandeurs et utilisateurs (direction générale, DOS et autres secteurs de l'Agence ou les établissements demandeurs). Un soutien à l'interprétation et à l'utilisation des informations est toujours rendu disponible au besoin.

5.7 Les projets d'optimisation

Coordination régionale en matière d'optimisation

Au cours de l'année 2013, le Ministère diffusait ses *Orientations en matière de coordination des projets d'optimisation par les agences de santé et de services sociaux et les mesures de soutien en découlant (2013-2018)*. L'Agence réactivait alors la structure de coordination régionale appuyée par un comité directeur régional en optimisation. Ce comité, sous la présidence du PDG de l'Agence, est formé de représentants des directeurs généraux, des directeurs des services financiers et des directeurs des ressources humaines en provenance des CSSS et des établissements régionaux. Ses principaux rôles sont d'analyser les enjeux des projets régionaux, de s'assurer de l'avancement des projets et de faire des recommandations au CCSM sur les leviers pouvant mieux soutenir l'atteinte des résultats escomptés.

Le but est d'assurer un leadership régional en optimisation, d'exercer une vigie sur l'avancement des projets, de susciter les partenariats, de favoriser le partage des connaissances et la mise en commun des expériences et expertises.

Les projets qui font l'objet d'un suivi sont variés et comprennent les projets d'organisation des soins, des services et du travail, les chantiers régionaux d'optimisation, les projets *Lean* organisationnels, les projets visant les conditions de travail des cadres et d'autres initiatives.

Projets d'optimisation

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2014
Service info-santé 811	En attente des orientations du MSSS.	- Normes provinciales diffusées. - Plan d'action pour la période estivale réalisé.
Clientèle Soutien à domicile (PALV, DP, DI et TED)	Suivis rigoureux de l'évolution des plans d'action Optimisation SAD longue durée. Plusieurs projets sont en cours dans les onze CSSS. Quatre établissements ont été visités pour des suivis individuels et du soutien. Suivis individuels par conférences téléphoniques pour les CSSS en difficulté d'atteindre leur engagement déboursé.	Selon le résultat de la P13 2013-2014, l'engagement déboursé régional est atteint à 104,6 %.
Approvisionnement en commun	Participation aux appels d'offres nationaux regroupés et aux appels d'offres régionaux regroupés pour les équipements médicaux ordinaires et spécialisés, certaines fournitures et les contrats de services.	- Dossier du regroupement des corporations traité au niveau du Ministère. - Répartition du regroupement des corporations acceptée par le Ministère. - La corporation « Approvisionnements Montérégie » fusionnera avec celle de l'Abitibi-Nord Ouest du Québec en date du 2 juillet 2014.
Logistique de la chaîne d'approvisionnement	- Étude sur l'état de situation réalisée par les HEC en 2012-2013. - Rapport des recommandations déposé au CCSM en décembre 2013.	Préparation de l'appel d'offres pour un chargé de projet.
Énergie	- Collaboration à l'élaboration et à la mise à jour du cadre de gestion concernant l'efficacité énergétique et mise en application de celle-ci en continu. - Tous les projets d'immobilisation en Montérégie doivent prévoir des études de faisabilité afin d'inclure des programmes d'efficacité énergétique.	Plusieurs projets sont présentement en cours, mais à diverses étapes allant de la planification à la réalisation.
Réduction du temps supplémentaire	Suivi mensuel de l'utilisation du temps supplémentaire par les établissements.	Suivi régional visant la réduction du temps supplémentaire. Les résultats à la période 13 en 2013-2014 sont légèrement en-dessous de la nouvelle cible 2013-2014 pour le temps supplémentaire, pour l'ensemble du personnel à l'exception des infirmières.
Système de paie	Mise sur pied d'un comité de pilotage. Une étude comparative du processus Paie-RH a été effectuée. Nous désirons maintenant démarrer trois chantiers régionaux, pilotés par l'Agence afin d'améliorer la qualité des données primaires au niveau local, de travailler la normalisation et la standardisation des processus du cycle de paie au niveau régional et effectuer la régionalisation du traitement de la paie.	Nouvelle orientation à l'égard de ce dossier : regroupement régional du processus de gestion de la paie par fournisseur déjà utilisé dans la région. Au terme de l'opération, le nombre de services de paie doit correspondre au nombre de fournisseurs de la région. Appel d'offre pour un chargé de projets : la chargée de projet a commencé le 30 septembre 2013. Premières révisions de processus commencées avec les établissements.

Projets d'optimisation (suite)

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2014
Gestion du parc des postes de travail	Engagements – Entente de gestion - Inventorier les systèmes d'information qui ont une dépendance forte avec la suite bureautique Microsoft Office (Word, Excel et Access) pour opérer; - Optimiser la gestion du parc des postes de travail par l'utilisation de regroupement d'achats; - Élaborer un plan régional d'optimisation du parc par l'utilisation du client léger. Actions régionales Établir les orientations régionales en matière de client léger.	Complètement réalisé. Utilisation des regroupements d'achats en vigueur. Table de concertation d'architecture régionale en place. L'ensemble des établissements de la région participe à l'élaboration des orientations, normes et standards.
Regroupement des centres de traitement de données	- Inventorier les centres de traitement de la région qui ont plus de quatre serveurs. - Élaborer le plan d'optimisation pour : - réduire progressivement le nombre de centres de traitement (CTI) dans la région. - optimiser l'utilisation des CTI des centres hospitaliers (CH) déjà en place. - optimiser les investissements récemment consentis. - Identifier la stratégie de continuité de services en maximisant les centres de traitement déjà en place dans les régions. La stratégie de relève devra être précisée et mise en œuvre dans le plan d'optimisation.	- Inventaire déjà réalisé et transmis au MSSS. - Plan d'affaires préliminaire (pour discussion) déposé auprès du MSSS. - Mise en commun des infrastructures des technologies de l'information en Montérégie ainsi que leur exploitation tout en réduisant les duplications et la fragmentation. - Cette démarche nécessite certaines transformations organisationnelles et une révision du processus de travail. - Le dossier d'affaires est complété et déposé auprès du MSSS. - L'Agence continue à travailler avec le MSSS et les établissements et à investir dans ce projet d'envergure afin d'assurer son avancement. - L'approche de réalisation inclut une stratégie de regroupement des applications au niveau régional en saisissant les opportunités. - À moyen et long terme, mise en place d'une infrastructure optimale et sécuritaire ainsi qu'un accroissement des niveaux de services, de la mise en commun d'expertises, de la réduction des coûts d'exploitation et de l'enrichissement des compétences autour des meilleures pratiques en matière de gestion des services TI.

Projets d'optimisation (suite)

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2014
Courrier électronique	Préparatoire à la migration : - Épurer les archives des boîtes de courrier électronique sur les postes de travail. - Épurer les boîtes de courrier électronique. - Optimiser le nombre de licences de logiciels. - Normaliser les adresses de courrier électronique (@ssss.gouv.qc.ca). - Inventorier les systèmes applicatifs et informationnels développés avec le collecticiel Lotus Notes et élaborer une stratégie visant à en gérer l'évolution. Suivant l'adjudication du contrat : - Participer à l'élaboration du plan régional de migration. - Coordonner la gestion du changement dans la région.	Tous les travaux préparatoires ont été réalisés en vue de la venue de la solution nationale. ÉPURATION : Information publiée au réseau de la région. Un plan est en cours d'élaboration. OPTIMISATION : Opération déjà automatisée dans le réseau. Processus annuel en place et fonctionnel depuis plusieurs années. NORMALISATION : Tous les changements d'adresse de la région ont été effectués. INVENTAIRE : Opération complétée. Un plan de transition est en cours de réalisation pour l'ensemble des applicatifs ciblés. Plan régional déjà élaboré. En attente des directives ministérielles suite à l'adjudication.
Téléphonie cellulaire	- Transfert au nouveau contrat de la Corporation de services regroupés de l'Estrie (CSRE) : - État de situation. - Bénéfices. - Inventaire au 30 juin 2012 des services cellulaires utilisés dans la région.	- Réalisé. - Réalisé.
Téléphonie IP	Engagements – Entente de gestion - Maintenir à niveau les 34 systèmes supportés par les manufacturiers. - Remplacer les 16 systèmes téléphoniques désuets. Actions régionales - Évaluer les impacts des systèmes en place ainsi que les investissements nécessaires pour la réalisation du projet de regroupement de la téléphonie IP dans la région, et ce, pour chacun des établissements. - Contribuer à l'élaboration d'un plan d'affaires régional pour couvrir les volets d'acquisition, de maintenance et de support des infrastructures de téléphonie. - Élaborer différents scénarios possibles d'optimisation des actifs et des ressources régionaux.	Dépôt du rapport préliminaire sur la situation des établissements de la région. Dossier d'affaires régional complété. Élaboration de scénarios potentiels pour la région et mise en place d'une table de concertation pour évaluer le potentiel de ces scénarios.

Projets d'optimisation (suite)

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2014
Visioconférence	- Fournir l'inventaire des stations de visioconférence au plus tard le 30 juin 2012, incluant les services de visioconférence avec caméra Web. - Augmenter l'utilisation des services de visioconférence et en assurer la promotion. - Explorer la mise en œuvre d'un service de visioconférence avec caméra Web minimalement régional ou suprarégional.	Inventaire transmis. Travaux en continu. Consultation en cours avec le réseau.

5.8 Accessibilité aux services

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2014
Accès au continuum de services AVC	- Mise sur pied d'un groupe de travail interne (ASSS) permettant le déploiement du continuum AVC. - Mise sur pied d'un groupe de travail régional regroupant des représentants des établissements dans le but de proposer une organisation de services régionale.	- Le comité a tenu 4 réunions dans l'année. - Le scénario d'organisation régionale a été déposé à la table des DSP. - Les travaux se poursuivent.
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Élaboration d'un plan d'organisation régional.	- L'Agence a mis sur pied un comité régional en douleur chronique composé d'anesthésistes, médecins omnipraticiens, gestionnaires de secteur dont relève la clinique de la douleur et représentant du centre de réadaptation (CMR). - Le plan d'organisation régional en douleur est en cours d'élaboration.
Accès aux services d'imagerie	- Poursuite des travaux dans les établissements dans le but de réduire les délais d'accès. - Assistance aux établissements pour les démarches à réaliser en vue d'assurer une extraction des données conforme.	- L'Agence poursuit ses démarches pour soutenir les CSSS dans l'amélioration des listes d'attente notamment en échographie. - Depuis l'automne dernier, une démarche a permis de s'attarder plus particulièrement sur l'amélioration de l'accès à l'échographie. Les établissements ont procédé à l'épuration des listes d'attente et ont transmis à l'Agence un plan visant la réduction des délais pour cet examen. - Suite à la démarche, une synthèse des besoins régionaux avec comme objectif l'amélioration de l'accès à l'échographie a été établie puis transmise au MSSS où elle est toujours en évaluation.
Accès aux services spécialisés de chirurgie	- Suivi périodique avec les responsables locaux de l'accès dans les établissements. - Interventions individuelles auprès des établissements présentant des difficultés, dans le but d'assurer l'accès rapide aux services. - Interventions directes du PDG ou de la DOSOR auprès des établissements ayant eu des usagers en attente depuis plus de 18 mois. Plan d'action demandé à certains établissements.	- La presque totalité des usagers sont opérés dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche, une arthroplastie totale du genou ou une chirurgie de la cataracte. - Les interventions et les actions de l'Agence et des établissements se poursuivent afin d'améliorer les délais d'accès.

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2014
Configuration des services médicaux	Mise en œuvre du PREM accepté par le MSSS. Soutien aux groupes de médecins souhaitant devenir GMF.	- Mise en œuvre du PREM. - Ajustements réalisés au plan quinquennal des effectifs médicaux suite au dépôt du bilan au MSSS. - Révision de la méthodologie de la répartition des nouveaux facturants en omnipratique en cours. - La région compte 40 GMF.
Accueil clinique (AC)	Accès aux services spécialisés pour les conditions aiguës et subaiguës selon les protocoles	6 AC sur 9 CSSS sont en place (excluant CSSS de Vaudreuil-Soulanges et CSSS du Haut-Saint-Laurent). - Les CSSS travaillent à mettre en place les 6 protocoles ciblés par le MSSS.
Laboratoires	Optimisation des laboratoires (OPTILAB). Élaboration d'un plan d'action régional en fonction des orientations ministérielles.	- La gouvernance régionale a été mise en place et est composée de divers comités où tous les gestionnaires et les médecins spécialistes de laboratoires participent à la structure réseau participative. Les laboratoires ont tous été visités. - Un état de situation régional est en cours d'élaboration. - Les travaux se poursuivent.
Prise en charge de l'infarctus du myocarde avec élévation du Segment ST (IAMEST)	Détermination des bassins de desserte pour les IAMEST.	- Les bassins de desserte IAMEST ont été déterminés. - Analyse en cours des données de l'an 3 de la banque du RUIS.
Traumatologie	100 % formalisation des ententes entre les établissements intra et extra régional.	- Les ententes intrarégionales sont complétées et signées. - Les ententes avec les établissements de Montréal sont signées à l'exception d'une entente avec un établissement.



6. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

6.1 Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

L'Agence confirme son respect des règles et normes édictées en matière de gestion du MSSS au regard des subventions versées dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). La conformité aux critères d'admissibilité et d'analyse du programme est vérifiée annuellement pour chacun des organismes subventionnés.

Les documents (formulaire de demande, rapport d'activités, rapport financier sous la forme prescrite, etc.) sont transmis par chaque organisme subventionné puis analysés. Les organismes communautaires sont visités par l'Agence. Les organismes présentant des problèmes de conformité à l'un ou l'autre des critères font l'objet d'un suivi particulier.

Chaque organisme, en plus de son rapport annuel, complète un portrait sommaire des particularités de ses clientèles et des principaux services qu'il offre. Ainsi, les principales clientèles desservies sont les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les femmes victimes de violence, les jeunes en difficulté, les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes souffrant de dépendances ou de déficiences. Les principaux services et activités sont l'accueil et la référence, la relation d'aide, l'hébergement temporaire et, plus spécifiquement pour les personnes âgées, le transport bénévole, la livraison de repas à domicile (popote roulante) et le répit aux aidants naturels. Quant à la pauvreté affectant toutes ces clientèles, divers services visant la sécurité alimentaire sont offerts par plusieurs organismes.

Pour une troisième année consécutive, l'Agence a reçu un montant non récurrent de 275 081 \$ pour les organismes œuvrant en sécurité alimentaire. La récurrence de ce budget a été annoncée à partir de 2014-2015.

Dans le cadre de la politique « Vieillir et vivre ensemble », en 2013-2014, un budget de développement récurrent de 1 445 500 \$ a été attribué aux organismes communautaires ciblés, dans les catégories « personnes âgées », « maintien à domicile » et « centres d'action bénévole ».

6.1.1 Allocation annuelle

L'Agence a financé, par l'intermédiaire de plusieurs programmes, 458 organismes pour un total de 71 350 777 \$, dont 66 654 925 \$ ont été alloués aux organismes communautaires admis au PSOC et 4 695 852 \$ à d'autres OSBL. Ces derniers ne sont pas admis au PSOC, mais répondent aux critères d'autres programmes de l'Agence.

De ces 458 organismes, 407 ont reçu un financement pour leur mission globale, c'est-à-dire un financement de 63 134 721 \$.

Tableau 10

Allocations accordées aux organismes communautaires et autres OSBL

Allocations - Organismes communautaires admis	Subventions 2013-2014	Subventions 2012-2013
PSOC et autres programmes		
Mission globale	63 134 721 \$	59 645 920 \$
Entente de service	233 384 \$	705 868 \$
Projet ponctuel	3 286 820 \$	3 784 891 \$
Total - Organismes admis	66 654 925 \$	64 136 679 \$
Autres OSBL	4 695 852 \$	4 460 339 \$
GRAND TOTAL	71 350 777 \$	68 597 018 \$

6.1.2 Indexation

Le budget disponible aux fins d'indexation des subventions a été de 1 032 791 \$ correspondant à 1,6 % des crédits alloués aux organismes communautaires pour l'année précédente. La pleine indexation a été accordée aux organismes communautaires suite à la directive de la ministre déléguée, M^{me} Véronique Hivon, pour les volets mission globale et entente de service (PSOC), en plus des projets soutenus par les budgets de la direction de la santé publique. Un montant de 1 024 506 \$ a donc été versé en indexation pour les organismes communautaires. Le solde de 8 285 \$ provient de la non-indexation d'organismes en suivi de gestion ou ayant de grands surplus.

Tableau 11

Indexation et crédits accordés aux organismes communautaires

	2013-2014	2012-2013
Montant du budget d'indexation	1 032 791 \$	1 488 235 \$
Pourcentage équivalant au total des crédits alloués l'année précédente	1,6 %	2,4 %
Taux d'indexation versé aux organismes recevant un financement SOC, volet mission globale, de plus de 20 000 \$	1,6 %	2,1 %
Montant ou taux versé aux organismes recevant un financement SOC, volet mission globale, de moins de 20 000 \$	1,6 %	420 \$
Montant total de l'indexation allouée	1 024 506 \$	1 229 570 \$
Solde au budget d'indexation utilisé pour soutenir les organismes fragilisés	8 285 \$	258 665 \$
Crédits additionnels (% équivalent des budgets de développement des programmes-services)	0 %	0 %

Note : En 2013-2014, l'indexation n'a pas été allouée à certains organismes qui avaient des surplus ou qui étaient en suivi de gestion.

6.1.3 Itinérance – toxicomanie

Au regard des problématiques que vivent les personnes en situation d'itinérance, avec ou sans toxicomanie, des recommandations de financement pour assurer la poursuite des activités en 2014-2015 et des allocations pour créer des postes d'agents de liaison ont été effectuées pour soutenir les services d'organismes communautaires. Conformément aux orientations du MSSS, 23 organismes poursuivront leurs activités avec un financement fédéral de 1,8 M\$ et 5,5 postes d'agent de liaison ont été développés.

7. L'UTILISATION DES RESSOURCES RÉGIONALES



7.1 Ressources financières

7.1.1 Budget régional

L'enveloppe régionale de crédits de la Montérégie a augmenté de 4,7 % au cours de l'exercice 2013-2014 pour atteindre 2 369 715 071 \$. De cette enveloppe, 2 191 450 884 \$ ont été alloués aux établissements de la région. Ce montant inclut le budget net de fonctionnement des établissements de 2 161 381 908 \$ ainsi que les budgets associés aux produits sanguins et aux activités accessoires pour un total de 30 068 976 \$.

	2013-2014	2012-2013
Enveloppe régionale	2 369 715 071 \$	2 263 494 308 \$
Enveloppe allouée aux établissements	2 191 450 884 \$	2 098 790 712 \$

7.1.2 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire (établissements publics)

Le sous-financement relatif de notre région, évalué à 98 M\$, rend la situation financière des établissements publics de plus en plus précaire. Au cours de l'année 2013-2014, plus du tiers des établissements ont présenté des difficultés budgétaires qui ont fait l'objet d'analyses et de suivis périodiques rigoureux, de rencontres régulières avec la direction générale des établissements, de nombreux échanges avec le Ministère et dans certains cas, de mesures d'accompagnement. On compte 4 établissements qui ont dû soumettre un plan de redressement qui a permis le retour à l'équilibre en 2013-2014 ou en 2014-2015.

L'année se solde par un déficit régional d'exploitation des établissements publics de 1 238 090 \$. Ce résultat se compose de 13 établissements qui présentent des surplus de 6 693 835 \$ et de 5 établissements qui sont en déficit de 7 931 925 \$. Les déficits des CSSS Richelieu-Yamaska et Haut-Saint-Laurent et du Centre montérégien de réadaptation sont couverts par des transferts interfonds ou les surplus cumulés mais les déficits des CSSS Haut-Richelieu-Rouville et Jardins-Roussillon devront être résorbés par des surplus futurs. Ainsi, au terme de l'année 2013-2014, 4 établissements doivent prévoir des plans de résorption des écarts à la cible ou déficits cumulés qui s'élèvent maintenant à 9 281 859 \$.

7.1.3 Bilan de l'application de la Loi 100 et des mesures d'optimisation

Les réductions des dépenses imposées aux établissements depuis 2010-2011 se cumulent comme suit :

	2013-2014	2012-2013	2011-2012	2010-2011	Total
Loi 100	5 473 410 \$	6 473 860 \$	5 356 000 \$	7 874 500 \$	25 177 770 \$
Optimisation	10 638 500 \$	13 261 600 \$	5 174 800 \$	0 \$	29 074 900 \$
TOTAL	16 111 910 \$	19 735 460 \$	10 530 800 \$	7 874 500 \$	54 252 670 \$

Les objectifs fixés par la Loi 100 sont la réduction de 10 % des dépenses de nature administrative et la non-indexation de ces dépenses ainsi que la réduction des heures reliées au non-remplacement d'un départ sur deux à la retraite. Selon la dernière reddition de comptes 2012-2013, les établissements publics ont atteint les objectifs qui leur étaient fixés ou ont identifié les mesures de réduction applicables à l'exercice 2013-2014 afin de les atteindre.

Depuis l'exercice 2011-2012, en plus de l'application de la Loi 100, le MSSS demande aux établissements publics la mise en application de mesures d'optimisation ayant pour effet de réduire les dépenses tout en préservant les services à la population.

Plusieurs projets d'optimisation, sur les plans des ressources humaines, des ressources informationnelles, du regroupement de la paie, de la logistique des approvisionnements et des services de laboratoire, ont été réalisés ou sont en cours de réalisation pour soutenir les établissements dans l'atteinte de ces objectifs.

7.1.4 Autorisations d'emprunts temporaires accordées aux établissements publics

Au 31 mars 2014, les emprunts temporaires pour le paiement des dépenses courantes de fonctionnement autorisés par le MSSS sont

de 107 550 000 \$ et ceux reliés aux dépenses en immobilisations autorisées par l'Agence sont de 12 848 153 \$, dont 7 313 134 \$ pour des projets autofinancés par des économies d'énergie. Les emprunts réels utilisés au 31 mars 2014 sont de 83 369 475 \$ pour les dépenses de fonctionnement et de 6 173 265 \$ pour les dépenses en immobilisations.

Pour les autorisations d'emprunts temporaires reliés aux projets autofinancés par des économies d'énergie, l'Agence doit obtenir en tout temps, une autorisation ministérielle au préalable. Pour les autres autorisations d'emprunts reliés aux dépenses en immobilisations, l'Agence doit obtenir une autorisation ministérielle au préalable lorsque les limites suivantes sont dépassées :

- le plafond régional de 10 950 000 \$;
- le projet soumis nécessite un emprunt supérieur à 750 000 \$;
- la période de l'emprunt s'étend sur une durée supérieure à 5 ans.

Les autorisations ministérielles ont été obtenues lorsque requises.

7.1.5 Développement 2013-2014 (base annuelle)

Outre le montant d'indexation spécifique des dépenses de médicaments et des fournitures médicales de 11,5 M\$, le MSSS nous a

accordé cette année un nouveau budget d'indexation spécifique de 11,9 M\$ pour soutenir la croissance des activités hospitalières et l'ajout des espaces locatifs en lien avec le plan de rapatriement des clientèles de Montréal et l'arrivée des médecins spécialistes, notamment le développement des services ambulatoires sur le territoire de Vaudreuil-Soulanges.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique gouvernementale « Vieillir chez soi », la Montérégie a reçu des crédits additionnels de 16,6 M\$ qui ont été destinés aux services suivants :

- 8,3 M\$ pour intensifier le soutien à domicile;
- 1,1 M\$ pour consolider les réseaux de services intégrés;
- 1,4 M\$ pour le soutien aux organismes communautaires intervenant auprès des personnes âgées et de leurs proches;
- 4,4 M\$ pour le soutien aux personnes ayant une incapacité significative et persistante;
- 1,4 M\$ pour rehausser les soins palliatifs à domicile.

Afin de contribuer à l'augmentation des heures en soutien à domicile, le Ministère a également accordé un montant de 762 325 \$ pour augmenter de 1 \$ le taux horaire versé aux employés du programme d'allocation directe « chèque emploi-service ».

De plus, un montant de 275 081 \$ a été accordé pour les organismes communautaires œuvrant auprès des personnes démunies, principalement en ce qui concerne la sécurité alimentaire, et des budgets de 411 402 \$ et de 762 000 \$ ont été alloués respectivement pour des projets en soutien communautaire et pour l'ajout de lits en soins palliatifs.

7.2 Effectifs du réseau et ressources humaines

7.2.1 Planification de la main-d'œuvre et stratégies d'attraction

La planification de la main-d'œuvre est un levier important dans notre réseau, surtout lorsque l'on prend en compte le départ à la retraite de plusieurs baby-boomers et la réduction du bassin de main-d'œuvre qualifiée disponible. Plusieurs catégories d'emplois et titres d'emplois deviennent vulnérables. Une démarche régionale est proposée depuis quelques années et vise à :

- identifier les causes de la pénurie;
- émettre des recommandations quant aux meilleures pratiques à mettre en place dans les établissements ou dans la région, dans le but d'attirer une main-d'œuvre qualifiée et de mobiliser les ressources en place;
- élaborer des stratégies et des moyens afin d'augmenter la visibilité et l'attraction pour les emplois vulnérables;
- collaborer avec les établissements afin d'établir un plan d'action régional.

L'analyse des plans prévisionnels des effectifs des établissements et des plans d'action locaux visent à mieux cerner les problématiques particulières à chaque établissement et à dégager les tendances régionales, connaître les besoins futurs en main-d'œuvre et permettre une meilleure collaboration de l'ensemble des partenaires. L'état de situation régional au 31 mars 2013 a d'ailleurs permis de faire ressortir quelques constats qui ont influencé les orientations stratégiques, les efforts et les activités régionales 2012-2015 dont principalement les activités de visibilité.

Depuis plusieurs années, des activités de visibilité régionale ont été réalisées auprès des étudiants, des stagiaires, des finissants et des chercheurs d'emploi. La collaboration de plusieurs partenaires du

réseau de la santé et des services sociaux (centres locaux d'emploi, écoles secondaires et professionnelles, cégeps et universités du territoire et limitrophes) a à nouveau été sollicitée, afin qu'ils puissent soutenir la visibilité et la promotion des emplois dans le réseau de la santé en Montérégie.

Des mécanismes de concertation avec des partenaires sur le plan régional, tels que le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) et Emploi-Québec, se poursuivent afin de soutenir des projets novateurs permettant la réduction de la pénurie de main-d'œuvre dans certains secteurs plus vulnérables. La mise en place de ces projets vise, entre autres, à accroître le nombre de diplômés et à assurer au secteur de la santé et des services sociaux une main-d'œuvre qualifiée. Des efforts particuliers sont en cours dans la région afin d'intéresser les jeunes aux métiers d'avenir en formation professionnelle et technique. Des rencontres devront à nouveau avoir lieu avec certaines universités afin d'évaluer la possibilité de soutenir des projets similaires pour les emplois vulnérables de niveau universitaire. Un comité de concertation réunissant l'Agence, le MELS et Emploi-Québec a également été mis sur pied dans la région afin d'effectuer des démarches de promotion et de valorisation des métiers et des programmes de formation pour lesquels des pénuries de main-d'œuvre sont appréhendées en Montérégie.

7.2.2 Développement des compétences (réseau)

Formation en ligne

Un groupe de travail formé de représentants d'établissements a évalué les possibilités d'offrir des formations en ligne en remplacement de certaines formations en classe offertes actuellement. Un premier projet pilote de formation en ligne portant sur la prévention des infections a été réalisé et évalué par le comité. Une analyse est en cours afin de mettre en place une plateforme régionale pour 2014-2015.

Coordination des stages en soins infirmiers

Dans une optique d'amélioration continue de la coordination des places de stages en soins infirmiers, le comité régional de gestion des stages a entrepris au printemps 2012 une visite des comités locaux présents sur les 7 territoires de la région. Cet exercice a permis de recueillir les commentaires et suggestions d'amélioration en lien avec la coordination des places de stages en soins infirmiers de la région, le tout figurant dans un rapport synthèse.

Cette démarche a mis au jour la nécessité de porter les solutions identifiées à un niveau supérieur. Un comité directeur a été constitué et réunit des acteurs clés, tant du réseau de l'éducation (directions de cégep, de commissions scolaires, représentants universitaires, MELS régional) que du réseau de la santé (directions des ressources humaines, directions des soins infirmiers et Agence). Le mandat du comité directeur porte sur la priorisation des 3 enjeux de coordination des stages en soins infirmiers, soit le déséquilibre entre l'offre et la demande de stages, la formation, l'organisation des stages et finalement l'utilisation du logiciel HSPnet (logiciel de gestion des stages). Un plan d'action a vu le jour en juin 2013 et les premières actions entreprises dès l'automne 2013.

Sommaire des activités de développement des compétences

Le tableau suivant présente les principales actions du développement des compétences effectuées à l'intérieur de chacun des programmes-clientèles ou continuums de services.

Tableau 12

Développement des compétences réseau –
bilan statistique 2013-2014

Programmes-services (clientèle cible)	Participants/programmes	
	2013-2014	2012-2013
Déficiência intellectuelle TED-autisme		
Parents, proches et famille élargie, intervenants des organismes communautaires	146	195
Dépendances		
Intervenants en toxicomanie	142	422
Jeunes en difficulté		
Équipes intervention jeunesse, responsables de l'encadrement clinique des intervenants jeunesse, cliniciens-experts/animateurs et partenaires désignés dans les RLS, coordonnateurs EIJ	2 156	821
Perte d'autonomie liée au vieillissement		
Professionnels, infirmières, infirmières auxiliaires, infirmières cliniciennes, intervenants, gestionnaires	671	538
Santé mentale des adultes		
Intervenants et conseillers cliniques des RLS, établissements régionaux, organismes communautaires, scolaires, cégeps, policiers et programme CAFE	730	162
Autres formations		
Intervenants, personnes ressources auprès du curateur public, formateurs, cadres formés, gestionnaires, intervenants psychosociaux et membres des CA des organismes communautaires, personnel des établissements	1 146	1 515
TOTAL DES PARTICIPANTS	4 849	3 653

7.2.3 Développement des compétences des cadres

Programme régional de relève des cadres intermédiaires

Avec plus d'une cinquantaine de postes de cadres intermédiaires à combler par année pour les trois prochaines années, les établissements et l'Agence ont développé, en 2011, le programme régional de relève des cadres intermédiaires basé sur un profil régional constitué de neuf compétences de gestion.

Ce programme vise à permettre aux établissements du réseau et à l'Agence de préparer la relève, tant sur les plans de la qualité que de la quantité et à créer un bassin régional de candidats à haut potentiel facilitant le recrutement actuel et futur.

Le programme offre aux candidats retenus un microprogramme de formation de 1^{er} ou 2^e cycle en gestion avec l'Université de Montréal, de même que deux séminaires régionaux. Voici un aperçu du volume de candidatures depuis le début du démarrage du programme :

Cohorte	Inscription au micro-programme de 1 ^{er} cycle	Inscription au micro-programme de 2 ^e cycle	Candidatures exemptées des micro-programmes	Volume total de candidatures au programme
2012-2014	Micro-programme non disponible	26 candidats	10 candidats	36 candidats
2013-2015	16 inscriptions	28 candidats	9 candidats	53 candidats

Programme à l'intention des nouveaux cadres

Plus de 50 nouveaux gestionnaires promus ou nommés dans une fonction de cadre depuis moins de 2 ans et gérant du personnel ont participé au programme régional à l'intention des nouveaux cadres en 2013-2014 pour un total de 750 depuis les cinq dernières années.

Depuis le printemps 2013, l'Agence, en collaboration avec la Table du réseau ressources humaines et les comités de développement de compétences des cadres, revoit le programme offert pour les nouveaux cadres afin de mieux s'arrimer au profil des 9 compétences régionales et de mieux répondre aux besoins du réseau.

7.2.4 Organisation du travail

Projet d'implantation de l'approche *Lean Healthcare Six Sigma*

Le *Lean* est une démarche d'amélioration continue basée sur la participation des employés. Les personnes sur le terrain identifient les problèmes et les pistes d'amélioration, proposent des solutions et s'impliquent dans leur implantation. Le focus est mis sur les besoins des clients et vise, entre autres, la réduction des délais et l'élimination du gaspillage.

Basé sur le modèle développé par l'entreprise Toyota, le *Lean* est adapté au réseau de la santé, puisque c'est une méthode qui permet de s'interroger sur la valeur ajoutée pour le client (usagers et clients de l'interne), d'un ou de plusieurs processus. Il s'agit de repenser les façons de faire en misant sur l'amélioration continue de l'efficacité et de l'efficience du travail effectué.

Le CSSS Jardins-Roussillon a été sélectionné dans la première vague d'appel de candidatures lancée par le MSSS afin de soutenir l'implantation du *Lean* dans le réseau de la santé. Au terme de sa démarche, il aura réalisé 10 projets *Lean* à l'intérieur de son organisation.

À la suite de cette première vague de projets, le Ministère lançait une deuxième vague en 2013, où il ciblait des établissements qui avaient :

- amorcé plusieurs projets;
- inscrit des changements à leur structure et débuté des modifications tangibles à leurs pratiques de gestion;

- resitué l'utilisateur au cœur de leur vision et de toutes les décisions et changements;
- développé un niveau de maturité *Lean* élevé.

C'est le CSSS Haut-Richelieu-Rouville qui a été retenu et qui a reçu une subvention étalée sur deux ans (2013-2014/2014-2015) en vue d'accélérer l'avancement de ses projets et de développer une véritable culture *Lean* dans son établissement.

7.2.5 Projets d'amélioration des conditions d'exercice des cadres

En 2012, 4 établissements de la Montérégie ont obtenu du financement pour leurs projets dans le cadre d'une deuxième vague d'appel de projets d'amélioration des conditions d'exercice des cadres à l'ensemble du réseau lancée par le MSSS. Chaque établissement retenu devait mettre en place deux projets, d'une durée d'environ 6 mois chacun visant l'amélioration des conditions d'exercice des cadres. Les résultats du projet n° 1 et 2 des établissements ont été partagés auprès de la Table du réseau ressources humaines.

Différents projets ont vu le jour en Montérégie grâce au financement du MSSS, portant notamment sur la révision des processus de modification et de gestion des horaires, d'autorisation des paies, de remplacement, la révision du processus d'achat et d'approvisionnement du matériel et d'optimisation des processus opérationnels en ressources humaines, financières, matérielles et techniques.

7.2.6 Appels de projets des comités interrondes

Dans le cadre de la dernière ronde de négociations des conventions collectives, les parties ont formé un comité paritaire national intersyndical afin de faire des recommandations au MSSS quant à la mise en place de projets d'organisation du travail. Les établissements de la Montérégie ont répondu aux neuf appels de projets lancés par le MSSS.

Détail des projets en Montérégie	Sous-total par appel de projets	
	Projets individuels	Projets régionaux
Appel de projets visant la réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) et au temps supplémentaire (TS)	17	-
Appel de projets visant le personnel de la catégorie IV		
• volet - réadaptation	5	
• volet - psychosocial	1	
Appel de projets visant les salariées œuvrant auprès des bénéficiaires en CHSLD		
• volet - développement des compétences	1	
• volet - accueil et intégration	2	
• volet - organisation du travail	2	2
Appel de projets visant le personnel travaillant auprès de la clientèle présentant des troubles graves du comportement (TGC)	5	-
TOTAL DES PROJETS	33	2

Ces projets sont d'une durée de 12 mois pour les projets individuels et de 18 mois pour les projets régionaux. En tout, huit projets se termineront au courant du mois de mai 2014 puisque les établissements ont participé au premier lancement d'appel de projets du MSSS. Alors que d'autres projets se termineront cet automne, certains établissements ayant participé aux derniers appels de projets auront, quant à eux, au plus tard jusqu'au 30 mars 2015 pour terminer leur projet.

Projet d'organisation du travail pour les pharmaciens d'établissements de santé

Les établissements de la Montérégie ont répondu en grand nombre à l'appel de projets découlant des comités paritaires MSSS - APES lancé à l'été 2013. Le projet régional d'organisation du travail pour les pharmaciens d'établissements de santé qui a démarré en décembre 2013 devra donc être terminé d'ici mars 2015.

7.3 Immobilisation et équipements de technologie médicale

7.3.1 Les enveloppes régionalisées

Enveloppes régionalisées

En 2013-2014, plus de 71,5 M\$ ont été distribués aux établissements de la région afin de maintenir en bon état le parc immobilier et d'équipements, de réduire le déficit d'entretien des immeubles et de réaliser des projets améliorant la fonctionnalité des installations ainsi que d'autres projets spécifiques.

Tableau 13

Enveloppes budgétaires 2013-2014

Enveloppes	Budget 2013-2014
Maintien d'actifs - Immobilisations	19 903 067 \$
Maintien d'actifs - Résorption du déficit d'entretien	10 692 851 \$
Maintien d'actifs - Équipements médicaux	19 372 578 \$
Dégénérescence maculaire	765 000 \$
SARDM (médicaments)	1 301 002 \$
Maintien d'actifs - Équipements non médicaux et mobilier	5 699 198 \$
Dépenses de nature capitalisable	2 264 619 \$
Rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD	3 630 000 \$
Rénovations fonctionnelles mineures excluant les CHSLD	5 990 351 \$
Fonds équipements - CSSS de Vaudreuil-Soulanges	408 000 \$
Fonds équipements - CSSS du Suroît	65 000 \$
Fonds équipements - Rapatriement 514-450 (CHUM - CUSM)	1 500 000 \$
TOTAL	71 591 666 \$

7.3.2 Les projets de construction et d'acquisition d'équipement de plus de 500 000 \$

Plusieurs projets majeurs d'investissement sont présentement à l'étude ou en phase d'exécution.

Les projets en phase étude totalisent 182,9 M\$ alors que les projets en phase exécution représentent un investissement total de 176,7 M\$.

Pour ce qui est des projets en phase d'exécution, on notera l'important projet de réaménagement et d'agrandissement de l'unité d'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne, pour lequel l'établissement a procédé à un appel d'offres et débuté les travaux. La mise en service de la nouvelle urgence est, à ce jour, prévue pour l'automne 2015. Le CSSS Haut-Richelieu-Rouville a aussi procédé à un appel d'offres pour le projet d'agrandissement majeur de l'urgence et les travaux débiteront au début de l'exercice 2014-2015. L'Hôpital Kateri Memorial a également poursuivi la phase exécution de son projet d'agrandissement et de réaménagement en vue d'un appel d'offres au cours de l'exercice 2014-2015.

Les travaux pour l'aménagement de la nouvelle salle d'hémodynamie de l'Hôpital Charles-Le Moyne ont été réalisés au cours de l'année. La mise en service est prévue pour le début de 2014-2015. Afin de mieux desservir les patients de la Montérégie, rappelons que l'autorisation ministérielle de juin 2011 permet le transfert des activités et des ressources se rattachant à l'une des salles d'hémodynamie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) vers ces nouveaux locaux aménagés à l'Hôpital Charles-Le Moyne (CSSS Champlain-Charles-Le Moyne).

Finalement, les travaux en lien avec le rapatriement de la clientèle de la région 514 vers la Montérégie ont débuté. Au total, près de 60 M\$ seront investis en immobilisation et en équipements. Le projet, qui s'échelonnnera sur quatre phases, sera financé à parts égales par le MSSS et l'Agence, à même les enveloppes régionales d'immobilisation. Des marges d'emprunt totalisant 12,6 M\$ ont été octroyées par le MSSS à ce jour, et ce, afin d'entreprendre les projets. Notons que plusieurs projets ont été mis en chantier alors que d'autres sont actuellement à l'étape de la planification.

Tableau 14**Projets majeurs d'investissement**

Établissement	Projet	Budget prévu *	
		Étude	Exécution
CSSS Champlain-Charles-Le Moyne	Agrandissement de l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne Installation d'un TEP	5,6 M\$	46,4 M\$
CSSS du Suroît	Projet transitoire	13,0 M\$	6,4 M\$
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	Hôpital du Haut-Richelieu : transfert et agrandissement de l'urgence, soins intensifs, laboratoires, bloc opératoire et chirurgie d'un jour		94,8 M\$
Kateri Memorial Hospital Center	Agrandissement et réaménagement		29,1 M\$
CSSS Pierre-Boucher	Agrandissement et réaménagement de l'urgence	115,0 M\$	
CSSS Richelieu-Yamaska	Agrandissement de l'urgence	32,7 M\$	
CSSS de la Haute-Yamaska	Centre mère-enfant et soins intensifs	16,6 M\$	
TOTAL		182,9 M\$	176,7 M\$

* Budget global, sans tenir compte des sources de financement

Plusieurs projets de construction de plus de 1 M\$ et d'acquisition d'équipements de plus de 500 000 \$ ont totalisé plus de 39 M\$ (voir les tableaux 15 et 16).

Tableau 15

Projets de construction régionalisés de plus de 1 M\$

Établissement	Titre du projet	Coût
CSSS Champlain-Charles-Le Moyne		
Hôpital Charles-Le Moyne	Allocation pour agrandissement de pathologie	5 437 000 \$
Hôpital Charles-Le Moyne	Réserve aménagement fonctionnel en microbiologie	3 615 163 \$
	Nouvelle salle d'hémodynamie-phase 1	3 013 633 \$
CSSS de la Haute-Yamaska		
Centre d'hébergement Villa Bonheur	Aménagement de locaux pour clientèle et leur famille	3 907 003 \$
	Mise aux normes – Ventilation, cage d'escalier et salon de coiffure	1 215 000 \$
Hôpital de Granby	Mise aux normes – URDM	1 351 133 \$
CSSS du Suroît		
Hôpital du Suroît	Remplacement des systèmes de contrôles des ascenseurs	1 600 000 \$
CSSS Haut-Richelieu-Rouville		
Centre d'hébergement Georges-Phaneuf	Réfection complète des services alimentaires	1 429 392 \$
CSSS Pierre-Boucher		
Hôpital Pierre-Boucher	Rehaussement de la distribution électrique d'urgence	2 817 096 \$
	514-450, phase 4 étape 2 – Aménagement de l'unité de 23 lits	2 339 120 \$
CSSS Richelieu-Yamaska		
Hôpital Honoré-Mercier	Remplacement des systèmes électromécaniques	1 085 280 \$
	514-450, phase 2, étape 4 – Relocalisation secteur endoscopie	3 154 906 \$
SRSOR	Réaménagement Maribro Phase III	1 032 993 \$
TOTAL		31 997 719 \$

Tableau 16

Projets d'acquisition d'équipements de plus de 500 000 \$

Établissement	Titre du projet	Coût
CSSS de la Haute-Yamaska		
Hôpital de Granby	Remplacement d'appareil de radiofluoroscopie numérique	682 485 \$
CSSS Pierre-De Saurel		
Hôtel-Dieu de Sorel	Remplacement de caméra Gamma avec ordinateur	850 000 \$
	Remplacement tomодensitomètre axial	1 070 000 \$
CSSS du Suroît		
Hôpital du Suroît	Remplacement caméra Gamma avec tomодensitomètre	847 547 \$
CSSS Jardins-Roussillon		
Hôpital Anna-Laberge	Remplacement résonance magnétique	1 540 000 \$
CSSS Champlain-Charles-Le Moyne		
Hôpital Charles-Le Moyne	Remplacement du système endoscopie avec échographie	700 000 \$
	Remplacement du tomодensitomètre	1 650 000 \$
TOTAL		7 340 032 \$

7.4 Ressources informationnelles réseau

La planification des ressources informationnelles en Montérégie s'inscrit dans l'esprit de la Loi 133 et du cadre en lien avec les orientations ministérielles, notamment en ce qui a trait aux nouvelles conditions de gouvernance des technologies de l'information (TI) et à l'optimisation des ressources. Les objectifs consistent d'abord à améliorer l'impact sur les projets cliniques et clinico-administratifs par une utilisation judicieuse des ressources informationnelles. Ensuite, de poursuivre l'effort visant à soutenir la circulation et l'accessibilité de l'information, ainsi que la continuité et la qualité des services de notre système public de santé et de services sociaux.

7.4.1 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles

L'Agence s'est engagée à respecter le Cadre de gestion des établissements et des agences de la santé et des services sociaux du Plan de gestion en ressources informationnelles (PGRI) établi en 2012. Ce cadre de gestion permet d'établir et de suivre, par un processus d'autorisation pour l'ensemble de la région, le portefeuille des projets ainsi que les activités de continuité et d'encadrement. Des outils de gestion sont disponibles en aide aux différents processus d'autorisation :

- **Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI)** – Prévision, pour les trois années subséquentes à l'exercice financier en cours, de tous les besoins en ressources humaines, matérielles et financières, ainsi qu'en ressources informationnelles tant pour les projets que les activités de continuité et d'encadrement. Pour l'exercice 2014-2017, 55 projets sont planifiés à l'échelle de la région.
- **Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles (PARI)** – Ventilation complète de toutes les sommes prévues à être consacrées aux projets et aux activités de continuité et d'encadrement au cours de l'exercice financier visé. Pour l'année 2014-2015, 37 projets sont programmés en Montérégie.
- **État de santé des projets (ESP)** – Déclaration quadrimestrielle de l'état des projets de plus de 100 000 \$ en cours de réalisation, d'implantation ou de rodage. Pendant la période 2013-2014, les établissements ont dû s'ajuster et la situation des projets en difficulté s'est améliorée considérablement.
- **Bilan annuel des réalisations et bénéfices réalisés (BARRI)** – Ventilation complète en termes de résultats au 31 mars de chaque année financière avec justification des écarts. Le module de cet actif n'est pas encore intégré au PGRI. Cette activité est reportée à l'an prochain.

7.4.2 Informatisation du réseau – DSQ – DCI – DMÉ

L'Agence participe à l'intégration et à la circulation de l'information clinique selon trois niveaux d'intervention : le Dossier Santé Québec (DSQ), les dossiers cliniques informatisés (DCI) et les dossiers médicaux électroniques (DMÉ).

- **Dossier Santé Québec (DSQ)** – Cet actif national a pour but de permettre la circulation sécuritaire de l'information clinique sur l'ensemble du territoire québécois, notamment pour les domaines d'imagerie diagnostique, la liste des médicaments communautaires et les résultats de laboratoires. En juillet 2013, une équipe régionale dédiée au déploiement de cet actif a été mise en place. L'Agence est à pied d'œuvre dans l'ensemble de la région afin d'implanter et soutenir cet outil auprès des 361 sites cliniques de première ligne (CSSS, GMF, cliniques médicales) de la région. La RAMQ se joint aux efforts régionaux en déployant le visualiseur auprès des 302 pharmacies communautaires du territoire.
- **Dossier clinique informatisé (DCI)** – L'Agence a déposé auprès du MSSS l'ensemble des travaux en lien avec la préparation d'un appel d'offres régional pour favoriser l'acquisition et l'implantation d'une solution régionalisée de DCI et interopérable avec le DSQ. Les discussions avec le MSSS se poursuivent.
- **Dossier médical électronique (DMÉ)** – L'Agence soutient ses médecins dans l'implantation du programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADMÉ), pour les GMF de la région, en s'assurant de l'interopérabilité avec le DSQ ainsi que de l'accessibilité des résultats de laboratoires électroniquement.

7.4.3 Maintien des actifs dédiés aux ressources informationnelles

En lien avec le Cadre de gestion sur le maintien des actifs informationnels, une enveloppe de 2,4 M\$ a été octroyée par le MSSS pour l'ensemble des établissements de la région. Comparativement aux autres années, une diminution de 25 % de cette enveloppe a été enregistrée. Le Cadre de gestion sur le maintien des actifs informationnels a pour but de renforcer la sécurité du réseau informatique et répondre, en partie, aux besoins engendrés par la désuétude des postes de travail et des serveurs dans les établissements.



8. SATISFACTION ET PLAINTES

Le régime d'examen des plaintes permet à une personne d'exprimer son insatisfaction ou de déposer une plainte à ce sujet. Il s'inscrit dans la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS) et les mandats du commissaire aux plaintes et à la qualité des services de même que du médecin examinateur y sont clairement indiqués : protéger les droits des usagers ou préserver et améliorer la qualité des services dispensés.

8.1 La commissaire régionale de l'Agence

La commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services (CRPQS) assure le traitement des plaintes adressées aux organismes communautaires, aux résidences privées d'hébergement, aux résidences privées pour aînés, aux services préhospitaliers et à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Cette année, 1 338 dossiers ont été traités : 111 plaintes, 47 interventions, 835 assistances et 345 consultations. Cela représente une augmentation de 18,5 % comparativement à l'année dernière.

Les personnes qui ont interpellé la commissaire ont manifesté 408 motifs d'insatisfaction générant l'ouverture d'un dossier de plainte ou une demande d'intervention. Suite à l'investigation, 370 d'entre eux étaient recevables. La majorité des motifs était en lien avec les soins et services. Après enquête, 420 mesures correctives ont été demandées aux instances visées. Notons que 351 d'entre elles concernaient les résidences privées pour aînés et visaient l'adaptation des soins, l'amélioration des communications et le respect des droits.

Par ailleurs, il est à noter que sur les 1 338 dossiers, 4 usagers ont utilisé leur recours en 2^e instance au Protecteur du citoyen et la décision de ce dernier en arrivait aux mêmes conclusions que la commissaire.

CRPQS/ Bilan des dossiers traités

Type de dossiers	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
	Dossiers		Motifs		Mesures	
Plaintes	111	115	278	326	209	263
Interventions	47	53	130	197	211	210
Sous-total	158	168	408	523	420	473
Assistances	835	734	928	891	s.o.	s.o.
Consultations	345	227	420	260	s.o.	s.o.
Sous-total	1 180	961	1 348	1 151	s.o.	s.o.
TOTAL	1 338	1 129	1 756	1 674	420	473
Variation 2013 à 2014	18,5 %		4,9 %		-11,2 %	
Dossiers au Protecteur du citoyen	4	1	8	4	0	0

8.2 Les commissaires locaux

Les commissaires locaux (CLPQS) ont traité 5 483 dossiers comparativement à 5 069 l'année dernière, représentant une augmentation de 8,2 % des dossiers traités et conclus, laissant 199 dossiers en cours d'examen au 31 mars 2014 qui ne sont pas inclus dans ce rapport.

De ces dossiers, on en distingue 2 201 dans la catégorie plaintes et interventions, dont 61 % se retrouvent sous la mission CHSLD avec 1 187 plaintes et 156 interventions.

Les CLPQS ont reçu 6 148 motifs d'insatisfaction se répartissant entre les assistances, les consultations, les plaintes ainsi que les interventions. Notons que seuls les motifs en lien avec un dossier de plainte ou une demande d'intervention peuvent faire l'objet d'une ou plusieurs mesures. À la suite de l'étude des 2 858 motifs, 2 728 ont été traités et ont engendré 1 899 mesures différentes dans les établissements de santé.

Tout comme l'année dernière, les motifs reliés aux soins et services offerts (27,1 %), à l'accessibilité aux services (18,5 %) ainsi qu'à l'organisation du milieu et des ressources matérielles (17,2 %) font partie des trois catégories d'insatisfactions les plus fréquemment rapportées par les usagers.

Il ressort des enquêtes que les principales mesures concernent l'adaptation de soins et de services dans 56 % des cas, d'autres incitent à l'adaptation du milieu et de l'environnement (12,5 %) ou à l'adoption de règles et procédures ainsi que le respect de leur application (12 %).

CLPQS/ Bilan des dossiers traités

Type de dossiers	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
	Dossiers		Motifs		Mesures	
Plaintes	1 936	1 822	2 563	2 434	1 733	1 355
Interventions	265	221	295	277	166	128
Sous-total	2 201	2 043	2 858	2 711	1 899	1 483
Assistances	2 919	2 738	2 923	2 738	s.o.	s.o.
Consultations	363	288	367	288	s.o.	s.o.
Sous-total	3 282	3 026	3 290	3 026	s.o.	s.o.
TOTAL	5 483	5 069	6 148	5 737	1 899	1 483
Variation 2013 à 2014	8,2 %		7,2 %		28,1 %	
Dossiers au Protecteur du citoyen	58	35	52	62	21	n.d.

8.3 Les médecins examinateurs

Les médecins examinateurs (ME) étudient les plaintes des usagers concernant les actes médicaux. En 2013-2014, ils ont reçu 337 plaintes; parmi celles-ci, 319 ont été conclues au 31 mars 2014, laissant 70 dossiers en cours d'étude. Ces dossiers complétés comportent 408 motifs reliés aux services reçus en lien avec les actes posés par les médecins et la qualité de leurs relations interpersonnelles. Les ME ont demandé 116 mesures correctives dont la majorité concerne l'adaptation des activités professionnelles, l'amélioration des communications et le respect des règles.

Contrairement aux CLPQS, les ME n'ont pas de pouvoir d'intervention et ne font aucune assistance ou consultation auprès de la clientèle.

Les usagers ont aussi le droit à un 2^e recours lorsqu'ils ne sont pas satisfaits de la conclusion du ME; 21 dossiers ont fait l'objet d'une étude auprès du comité de révision. Ce dernier a émis 5 mesures après avoir analysé 28 motifs allégués par les usagers.

ME/ Bilan des dossiers traités

Type de dossiers	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
	Dossiers		Motifs		Mesures	
Plaintes	319	327	408	429	116	118
Variation 2013 à 2014	-2,4 %		-4,9 %		-1,7 %	
Dossiers au Protecteur du citoyen	21	29	28	40	5	5

A close-up photograph of a male doctor wearing a white lab coat over a light blue shirt and a striped tie. A black stethoscope is draped around his neck. He is gesturing with both hands, palms facing each other, as if explaining something. The background is blurred, showing a desk with papers and a computer monitor.

9. LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

9.1 Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du Conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2014 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur les faits suivants :

Comme l'explique la note 2 et à la demande du ministère de la santé et des services sociaux du Québec, l'Agence ne comptabilise pas à titre d'immobilisation corporelle louée trois ententes de partenariat public-privé (une entente en 2013) répondant, par ailleurs, à cette définition. En conséquence, l'Agence ne constate pas l'actif et l'obligation relative au bien loué afférente mais comptabilise plutôt en charges les sommes exigibles en vertu de l'entente, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

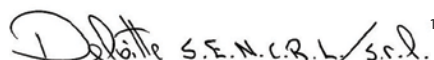
Rapport annuel de gestion 2013-2014

Comme l'explique la note 2 et tel qu'exigé par le ministère de la santé et des services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Agence et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la Note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.

Étant donné que les montants pour les deux réserves n'ont pu être évalués au prix d'un effort raisonnable, nous n'avons pas pu déterminer les montants des redressements qui auraient dû être apportés sur l'actif et le passif au 31 mars 2014 et au 31 mars 2013 ainsi que sur les charges et les revenus de l'exercice terminé le 31 mars 2014 et le 31 mars 2013. Cela résulte d'une décision prise par la direction par le passé et nous a conduits à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers au 31 mars 2013.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers résumés donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie au 31 mars 2014, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (de sa dette nette), des pertes et gains de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le 22 août 2014

 D. D. L. S.E.N.C.R.L. / S.E.L.¹

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A108263

9.2 Les états financiers de l'Agence

Fonds d'exploitation État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Subventions du MSSS	20 753 090 \$	22 514 083 \$
Revenus d'intérêts	42 131	50 130
Autres revenus	2 911 466	4 711 047
	23 706 687 \$	27 275 260 \$
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	16 293 106 \$	16 641 149 \$
Charges sociales	1 720 365	1 754 940
Frais de déplacement et de représentation	202 284	241 292
Services achetés	1 609 915	2 926 450
Publicité et communication	495 652	661 525
Loyers	2 156 055	2 955 169
Location d'équipement	100 127	66 577
Fournitures de bureau	552 246	587 029
Entretien et réparations	892 041	606 199
Autres charges	971 929	1 699 733
	24 993 720 \$	28 140 063 \$
DÉFICIT DE L'EXERCICE	(1 287 033) \$	(864 803) \$

Fonds d'exploitation Bilan

Au 31 mars 2014

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Encaisse	4 315 805 \$	3 738 890 \$
Débiteurs MSSS	123 353	642 855
Débiteurs établissements publics	266 380	373 884
Débiteurs gouvernement du Canada	10 204	49 835
Autres débiteurs et autres éléments d'actif	389 563	657 775
Frais payés d'avance	115 534	64 227
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	2 210 681	2 210 681
	7 431 520 \$	7 738 147 \$
PASSIF		
Créditeurs, charges à payer et autres éléments	2 479 934 \$	2 546 491 \$
Revenus reportés	659 431	831 922
Passif au titre des avantages sociaux futurs	2 340 268	2 318 012
	5 479 633 \$	5 696 425 \$
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	2 041 722 \$	1 800 608 \$
Transferts interfonds (provenance)	1 252 199	1 158 350
Transferts interfonds (affectations)	(55 001)	(52 433)
Déficit de l'exercice	(1 287 033)	(864 803)
Solde à la fin	1 951 887 \$	2 041 722 \$
	7 431 520 \$	7 738 147 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Fonds des immobilisations État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Subvention du MSSS pour le remboursement de la dette et autres subventions	4 226 053 \$	5 799 157 \$
Autres revenus	10 182	10 182
	4 236 235 \$	5 809 339 \$
CHARGES		
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	2 887 726 \$	3 394 778 \$
Dépenses d'immobilisations non capitalisées	966 084	1 590 498
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	58 951	57 138
Amortissement des immobilisations	831 868	827 507
	4 744 629 \$	5 869 921 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(508 394) \$	(60 582) \$

Fonds des immobilisations Bilan

Au 31 mars 2014

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Encaisse	- \$	135 072 \$
Avance de fonds aux agences et établissements publics	51 611 088	52 913 010
Débiteurs MSSS	502 115	676 043
Débiteur Gouvernement du Canada	13 480	8 647
Autres débiteurs et autres éléments	17 463	11 260
Immobilisations	3 957 537	3 674 932
Frais reportés liés aux dettes	183 771	161 297
Subvention à recevoir - réforme comptable	67 035 704	76 360 937
	123 321 158 \$	133 941 198 \$
PASSIF		
Découvert de banque	64 647 \$	- \$
Emprunts temporaires	53 245 583	56 084 048
Intérêts courus à payer	540 517	715 304
Salaires courus à payer et autres éléments	3 278	8 884
Autres créditeurs et charges à payer	271 459	210 402
Passif au titre des avantages sociaux futurs	10 873	10 873
Dettes à long terme	68 680 804	76 135 553
	122 817 161 \$	133 165 064 \$
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	776 134 \$	425 446 \$
Déficit de l'exercice	(508 394)	(60 582)
Transferts interfonds (provenance)	236 257	411 270
Solde à la fin	503 997 \$	776 134 \$
	123 321 158 \$	133 941 198 \$

Fonds des activités régionalisées État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	26 457 586 \$	10 129 428 \$
Variation des revenus reportés - MSSS	(322 426)	35 990
FINESSS	6 024 293	12 632 391
Contributions des établissements	24 294	479 258
Revenus d'intérêts	116 321	104 691
Ventes de services et recouvrements	2 571 025	3 438 102
Autres revenus	691 605	92 950
	35 562 698 \$	26 912 810 \$
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	7 088 167 \$	6 457 484 \$
Charges sociales	750 770	699 700
Frais de déplacement et de représentation	102 528	160 007
Services achetés	6 324 500	5 476 927
Publicité et communication	47 966	83 103
Loyers	760 228	18 818
Dépenses de transfert	18 662 130	12 632 391
Fournitures de bureau	57 002	20 066
Entretien et réparations	101 112	73 137
Autres charges	241 793	409 685
	34 136 196 \$	26 031 318 \$
SURPLUS DE L'EXERCICE	1 426 502 \$	881 492 \$

Fonds des activités régionalisées Bilan

Au 31 mars 2014

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Encaisse	8 684 630 \$	9 810 222 \$
Débiteurs MSSS	1 892 835	1 118 812
Débiteurs établissements publics	653 236	1 123 631
Débiteurs Gouvernement du Canada	-	55 722
Autres débiteurs	1 733 908	530 764
Frais payés d'avance	40 923	19 179
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	567 723	567 723
	13 573 255 \$	13 226 053 \$
PASSIF		
Découvert de banque	20 121 \$	20 121 \$
Créditeurs MSSS	428 415	3 121 989
Créditeurs établissements publics	1 630 896	25 938
Créditeurs et autres charges à payer	3 161 143	2 060 128
Autres revenus reportés	3 207 122	2 851 984
Passif au titre des avantages sociaux futurs	717 631	717 631
	9 165 328 \$	8 797 791 \$
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	4 428 262 \$	5 063 957 \$
Surplus de l'exercice	1 426 502	881 492
Transferts interfonds (provenance)	523 668	298 931
Transferts interfonds (affectations)	(1 970 505)	(1 816 118)
Autres transferts interfonds	-	-
Redressements demandés par le MSSS	-	-
Solde à la fin	4 407 927 \$	4 428 262 \$
	13 573 255 \$	13 226 053 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Bilan cumulé et état cumulé de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Encaisse	6 916 284 \$	6 414 967 \$
Débiteurs MSSS	564 184	4 608 810
Débiteurs établissements	-	193
Débiteurs Gouvernement du Canada	-	10 656
Débiteurs autres	310 854	215 268
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	46 961	46 961
	7 838 283 \$	11 296 855 \$

PASSIF		
Créditeurs et autres charges à payer établissements	364 973 \$	157 988 \$
Créditeurs et autres charges à payer	1 755 629	2 406 547
Revenus reportés	434 140	419 558
Passif au titre des avantages sociaux futurs	73 758	73 758
	2 628 500 \$	3 057 851 \$

SOLDE DU FONDS		
Solde au début	8 239 004 \$	6 955 553 \$
Transferts interfonds (affectations)	(11 509)	-
	8 227 495 \$	6 955 553 \$

PRODUITS		
Crédits régionaux	55 977 341 \$	56 558 653 \$
Subvention MSSS	377 194	234 399
FINESSE	12 496 848	11 919 936
Revenus de placements	137 347	130 048
Autres revenus	16 708 483	16 922 844
	85 697 213 \$	85 765 880 \$

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant	Exercice précédent
CHARGES		
Dépenses de transfert	87 649 268 \$	83 710 166 \$
Salaires	328 378	429 213
Avantages sociaux	26 416	88 811
Charges sociales	14 449	16 749
Frais de déplacement et de représentation	8 698	17 764
Services achetés	79 763	132 304
Fournitures de bureau	44 949	86 034
Autres charges	563 004	1 388
	88 714 925 \$	84 482 429 \$

SOLDE DU FONDS		
Solde à la fin	5 209 783 \$	8 239 004 \$

7 838 283 \$ 11 296 855 \$

État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant	Exercice précédent
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale inscrit dans le système SBF-R	2 369 715 071 \$	2 263 494 308 \$
AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	2 191 450 884 \$	2 098 790 712 \$
Allocations aux organismes communautaires	71 223 256	68 585 311
Allocations à d'autres organismes	114 020	999
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit au système SBF-R	2 262 788 160 \$	2 167 377 022 \$
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact sur l'enveloppe régionale finale	99 725 981	86 086 760
Autres	-	76 500
Total des affectations	2 362 514 141 \$	2 253 540 282 \$
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	7 196 456	9 734 028
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	4 474	219 998
TOTAL	2 369 715 071 \$	2 263 494 308 \$



ANNEXES

ANNEXE I

Le conseil d'administration de l'Agence, conseils et comités

Conseil d'administration

Membres au 31 mars 2014

M. Richard Deschamps
Président-directeur général et secrétaire

M^{me} Nicole Mongeon
Présidente

M. Philippe Bonneau
Vice-président

M. Paul-André Dorval
Président du comité de vérification

M^{me} Liette Brousseau
Présidente du comité de vigilance et de la qualité

D^r Patrick Bisson

M^{me} Nathalie Chartrand

M^{me} Louise Chartrand

D^r Jean Desormeau

M^{me} Lina Lauzier

M. Luc Mathieu

M^{me} Danielle Picotte

M^{me} Josée Robillard

M. Bruno Tremblay

M. Michel Wong Kee Song

Bilan des activités

Au cours de l'année se terminant le 31 mars 2014, 8 rencontres du conseil d'administration ont été tenues dont deux réunions extraordinaires et 6 séances publiques. Lors de ces séances, 21 personnes sont intervenues aux périodes de questions du public.

En conformité avec ses responsabilités, le conseil a :

- alloué les ressources financières aux établissements et aux organismes communautaires et assuré un suivi serré de la situation budgétaire du réseau;
- examiné l'évolution des indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité, de la planification stratégique 2010-2015 de l'Agence et de la performance hospitalière en Montérégie;
- nommé les cadres supérieurs suivants : le directeur général adjoint (15 mai 2013), la secrétaire générale, directrice des communications et des affaires corporatives (13 juin 2013), la directrice des affaires médicales, universitaires, des partenariats professionnels et de la cancérologie (27 février 2014) et le directeur de santé publique, de la recherche et de la planification par intérim (20 mars 2014);
- procédé à l'évaluation annuelle de son fonctionnement et convenu des mesures à prendre pour mieux répondre aux besoins de ses membres.

Plusieurs décisions ont porté sur l'organisation des services. Mentionnons notamment l'adoption du Plan d'action régional en santé mentale 2013-2015 et du Cadre de référence régional pour la gestion du programme Soutien à la famille pour la clientèle aux prises avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ainsi que des modifications au Plan quinquennal des effectifs en médecine spécialisée qui portent à 249 le nombre de médecins spécialistes autorisés en Montérégie.

Code d'éthique

La présidente du conseil d'administration témoigne du respect du Code d'éthique et de déontologie annexé à ce rapport.

Comité d'éthique et de gouvernance

Membres

M. Richard Deschamps
Président-directeur général et secrétaire

M^{me} Nicole Mongeon
Présidente

M. Philippe Bonneau
Vice-président

Bilan des activités

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à 11 reprises dans le cadre de son plan de travail 2013-2014.

Les membres du comité ont révisé le questionnaire d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration; ils ont ensuite examiné les résultats et fait des recommandations d'amélioration. Plusieurs recommandations du comité ont été présentées au conseil, notamment sur la structure organisationnelle de l'Agence, sur les nominations de cadres supérieurs à l'Agence et sur les nominations faites par l'Agence en vue de pourvoir des vacances aux conseils d'administration des établissements. Enfin, le comité a également élaboré les règles de gouvernance suivantes :

- Politique relative aux profils de compétence et d'expérience pour les administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie;
- Politique relative à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration de l'Agence et de ses comités;
- Politique relative à l'accueil et l'intégration d'un nouveau membre du conseil d'administration;
- Politique relative à la formation continue des membres du conseil d'administration de l'Agence.

Comité de vérification

Membres

M. Paul-André Dorval
Président du comité de vérification

M. Richard Deschamps
Président-directeur général

M. Bruno Tremblay

M. Philippe Bonneau

Bilan des activités

Le comité de vérification a tenu 5 réunions. Les membres ont notamment assuré le suivi des recommandations des vérificateurs externes et approuvé la planification de l'exercice de vérification 2013-2014. De plus, ils ont recommandé au conseil l'adoption du rapport financier annuel 2012-2013, des budgets du fonds d'exploitation, des fonds d'activités régionalisées et du fonds d'immobilisations 2013-2014 de l'Agence. Cette année, le comité a également assuré le suivi des plans d'action des risques majeurs ainsi que le suivi des impacts de l'application des mesures de compressions imposées à l'Agence, et ce, dans un souci de maintenir son offre de services au réseau montérégien.

Parmi les dossiers spécifiques étudiés au cours de l'année, mentionnons l'examen des résultats de l'appel d'offres pour la gestion du stationnement ainsi que des modifications à apporter à la Politique relative à l'attribution des contrats et à la gestion contractuelle. Enfin, les membres ont validé la pertinence du mandat et la nécessité d'embaucher un conseiller stratégique en architecture d'affaires fonctionnelle et de données informationnelles.

Comité de vigilance et de la qualité

Membres

M^{me} Liette Brousseau
Présidente du comité de vigilance et de la qualité

M^{me} Alexandrine Côté
Commissaire régionale aux plaintes et à la qualité

M. Richard Deschamps
Président-directeur général

M. Luc Mathieu

M. Michel Wong Kee Song

Bilan des activités

Le Comité de vigilance et de la qualité a tenu 3 réunions. Les membres ont assuré le suivi de l'application des recommandations de la commissaire régionale aux plaintes et à la qualité et du Protecteur du citoyen.

De plus, les membres ont recommandé l'adoption du *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services* des établissements et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

INSTANCES RÉGIONALES

Commission infirmière régionale (CIR)

Membres

Membres en date du 31 mars 2014

M. Philippe Besombes

M^{me} Chantal Charrette

M^{me} Nicole Choinière

M^{me} Sylvie Desjardins, présidente de la CIR

M^{me} Sophie Dubois

M^{me} Stéphanie Gagné

M^{me} France Hébert

M^{me} Céline Jodar

M^{me} Lina Lauzier

M^{me} Lucie Maillé

M^{me} Marie Noëlle Ouellet

M^{me} Catherine Deslandes

Membres sortants

M. Luc Daigneault

M^{me} Carmelle Champagne Chagnon

M^{me} Manon Martin

Bilan des activités

La Commission infirmière régionale a tenu 3 rencontres cette année. Les membres ont été consultés sur une proposition de plan d'organisation régionale des services en douleur chronique et ont transmis des commentaires préliminaires aux porteurs du dossier à l'Agence. De plus, la CIR a présenté une recommandation au conseil d'administration afin de pourvoir quatre vacances à la commission.

Commission multidisciplinaire régionale (CMuR)

Membres

Membres en date du 31 mars 2014

M^{me} Elizabeth Chittim

M^{me} Christine Daniel

Désignée par le président-directeur général
de l'Agence

M. Stéphane Girard, président de la CMuR

M^{me} Isabelle Goffart

M^{me} Isabelle Kanash

M^{me} Isabelle Lavallée

M^{me} Chantal Lévesque

M^{me} Sylvie Martineau

M. Jean-Philippe Matton

M^{me} Danielle Picotte

M^{me} Diane Raymond

Membres sortants

M^{me} Monique Charbonneau

M^{me} Marie Ouellet

Bilan des activités

Les membres de cette commission ont été convoqués à 3 réunions. La CMuR a fait des commentaires sur la proposition de plan d'organisation régionale des services en douleur chronique qui lui a été présentée. De plus, elle a déposé un avis au conseil d'administration sur le Cadre de référence régional pour la gestion du programme Soutien à la famille (SAF) - Allocation directe réservée pour la clientèle DI-TED-DP.

Département régional de médecine générale (DRMG)

Membres élus

D^{re} Louise Quesnel, chef du DRMG
 D^{re} Isabel Mayrand
 D^{re} Manon Proulx

Membres nommés

D^r Jean-Philippe Chouinard
 D^r Michel Brodeur
 D^r Jean Désormeau
 D^{re} Renée Lafrenière
 D^r Denis Lesieur
 D^r Bernard Magnan
 D^{re} Sylvie Parent
 D^{re} Sylvie Tardif
 D^r Éric Sauvageau
 D^r Martin Plante

Bilan des activités

Le DRMG donne son avis de pertinence clinique aux directions de l'Agence qui le demandent. Certains membres du comité de direction participent à différents comités tels que le Comité sur le Plan d'organisation régional en douleur chronique, le Comité Cancérologie, le projet IMPACT, le dossier clinique informatisé, le Comité régional pour l'implantation de l'infirmier praticien spécialisé et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, le comité interdirection sur les maladies chroniques.

Le DRMG coordonne aussi les tables locales dans chacun des territoires. Leur mandat comprend, entre autres, l'amélioration des liens avec les CSSS pour optimiser l'offre de service médical.

Le DRMG chapeaute le Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins de santé (CoMPAS) dans les ateliers qui sont offerts aux médecins omnipraticiens et aux intervenants en première ligne. Les ateliers CoMPAS ont comme objectif d'améliorer la condition de santé et le bien-être des patients atteints de maladies chroniques (asthme, diabète, MCV et MPOC) et des comorbidités qui les accompagnent. Le DRMG appuie une gestion des activités médicales particulières mixtes pour permettre d'augmenter la prise en charge en première ligne. La gestion du plan régional des effectifs médicaux en omnipratique est basée sur l'équité quant aux ressources, à l'identification des besoins prioritaires et à l'organisation des soins en réseau interdisciplinaire pour atténuer les effets de la pénurie en médecine de famille dans la région.

Avec les effectifs disponibles, la priorité d'action du DRMG demeure que chaque Montérégien, particulièrement les plus vulnérables, ait accès à un médecin de famille. Au cours de l'année, le travail d'évaluation de l'offre de service des GMF et des cliniques-réseau s'est poursuivi, de même que les recommandations en vue de leur renouvellement ainsi que la recommandation pour l'accréditation de plusieurs projets.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS)

Membres élus

D^r Patrick Bisson, président
 D^r Sylvain Jourdain
 D^r Gilles Scherer

Membres nommés

D^r André Comtois
 D^r François Gobeil
 D^r Martin Larocque
 D^{re} Michèle Leclerc
 D^r Pierre McCabe
 D^r Brent Martel
 D^{re} Sylvie Tardif

Bilan des activités

Au cours de l'année, la Table a tenu cinq réunions ordinaires, quatre conférences téléphoniques et une assemblée générale.

En plus de la poursuite de ces travaux en lien avec le Plan des effectifs médicaux spécialisés, la Table et ses sous-comités ont participé aux travaux concernant les dossiers suivants :

- le Plan d'organisation régional en douleur chronique;
- l'optimisation des laboratoires (OPTILAB)
- le rapatriement de la clientèle 514-450;
- le Plan d'action régional en suppléance rénale;
- les corridors de services;
- l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Membres élus

M^{me} Josée Robillard, présidente

M^{me} Hélène Blanchette

M^{me} Mélanie Caron

M^{me} Julie Coderre

Membres nommés

M^{me} Lydia Cyr
(démission à l'automne 2013)

M^{me} Catherine C. Bertrand
(nomination à l'hiver 2014)

M^{me} Suzanne Fradet

M. Benoit Morand

M^{me} Diane Pelletier

D^{re} Sylvie Tardif

Bilan des activités

Le CRSP a tenu 4 réunions. Il a effectué des travaux, donné des avis ou fait des recommandations sur les dossiers suivants :

- les objectifs 2013-2014 du CRSP;
- la rédaction du bulletin *Nouvelles pharmaceutiques Montérégie*;
- la place du pharmacien dans les GMF;
- la possibilité d'un projet pilote de pharmacien(s) dans des GMF;
- l'implantation de tables locales de pharmaciens;
- l'état des services pharmaceutiques en Montérégie;
- le projet régional d'organisation du travail pour les pharmaciens d'établissement de santé;
- l'utilisation optimale des antibiotiques en établissement de santé;
- le suivi de l'anticoagulothérapie;
- le Dossier Santé Québec;
- les ordonnances collectives;
- la Loi 41;
- le projet concernant les étudiants en pharmacie;
- les élections et la présidence du CRSP;
- la nomination d'un membre du CRSP;
- le règlement du CRSP.

Comité régional sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux personnes d'expression anglaise

Membres

M. Colin J. Coole

M^{me} Rachel Hunting

M^{me} Sandrine Billeau

M^{me} JoAnn McClintock

M. Benoit F. Bouffard

M^{me} Kate Murray

M^{me} Geneviève Dragon-Leduc

M^{me} Pauline Wiedow

Bilan des activités

Il n'y a eu qu'une seule rencontre du comité au cours de l'année.

Comme les mandats d'une majorité de membres étaient échus et en prévision de la prochaine révision du *Programme d'accès* précédemment mentionné, le renouvellement du comité régional ainsi que la mise à jour du règlement du comité, à la suite de la fusion de l'Hôpital Charles-Le Moyne et du CSSS Champlain, ont été annoncés lors de cette rencontre.

Ainsi, en décembre 2013, une démarche de renouvellement du comité a été amorcée par l'Agence auprès des instances concernées.

En mars 2014, le PDG de l'Agence a procédé à l'annonce de huit nominations, pour une possibilité de quatorze membres. Suite à une démarche de relance, le comité devrait être complété au cours des prochains mois.

ANNEXE II

Budget net de fonctionnement des établissements, surplus ou déficit

Le budget net de fonctionnement des établissements de la région totalise 2 161 381 908 \$ pour l'année 2013-2014.

Budget net de fonctionnement - Établissements publics

	2013-2014	2012-2013
Centres de santé et de services sociaux		
CSSS Pierre-Boucher	270 030 103 \$	259 063 406 \$
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	235 262 780 \$	224 210 693 \$
CSSS Pierre-De Saurel	106 573 328 \$	102 605 590 \$
CSSS du Suroît	133 459 784 \$	125 595 734 \$
CSSS Jardins-Roussillon	166 711 413 \$	161 928 553 \$
CSSS La Pommeraie	84 124 309 \$	80 142 066 \$
CSSS Richelieu-Yamaska	224 506 526 \$	216 120 198 \$
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	53 563 153 \$	49 641 604 \$
CSSS Champlain-Charles-Le Moyne	319 454 942 \$	304 051 601 \$
CSSS du Haut-Saint-Laurent	29 710 685 \$	28 442 492 \$
CSSS de la Haute-Yamaska	128 656 916 \$	124 189 476 \$
Sous-total	1 752 053 939 \$	1 675 991 413 \$
Établissements régionaux		
Centre jeunesse de la Montérégie	151 428 295 \$	144 519 946 \$
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est	89 458 410 \$	83 594 659 \$
Centre montréalais de réadaptation	29 559 794 \$	28 256 077 \$
Les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	51 714 469 \$	49 201 396 \$
Centre de réadaptation Foster	3 636 283 \$	3 549 010 \$
Institut Nazareth et Louis-Braille	15 458 516 \$	15 153 427 \$
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	9 265 565 \$	9 052 613 \$
Sous-total	350 521 332 \$	333 327 128 \$
Total des établissements publics	2 102 575 271 \$	2 009 318 541 \$

Budget agréé - Établissements privés conventionnés

	2013-2014	2012-2013
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		
Accueil du Rivage inc.	2 054 573 \$	1 993 858 \$
Centre d'accueil Marcelle Ferron inc.	16 990 181 \$	16 700 294 \$
Résidence Sorel-Tracy inc.	4 109 776 \$	4 057 515 \$
Santé Courville de Waterloo	1 574 251 \$	1 530 002 \$
Vigi Santé Itée (CHSLD de Brossard)	4 715 604 \$	4 575 805 \$
Vigi Santé Itée (CHSLD de Montérégie)	6 657 853 \$	6 459 921 \$
Centre d'hébergement Champlain-Jean-Louis-Lapierre	4 945 894 \$	4 831 099 \$
Centre d'hébergement Champlain-des-Pommetiers	11 085 436 \$	10 735 323 \$
Centre d'hébergement Champlain-de-Châteauguay	6 673 069 \$	6 495 188 \$
Total des établissements privés conventionnés	58 806 637 \$	57 379 005 \$
Total régional du budget net de fonctionnement et budget agréé - établissements publics et privés conventionnés		
	2 161 381 908 \$	2 066 697 546 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Surplus ou déficits - Établissements publics

	Surplus (déficits) 2013-2014	Surplus (déficits) 2012-2013
Centres de santé et de services sociaux		
CSSS Pierre-Boucher	521 556 \$	2 450 275 \$
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	(2 224 910) \$	597 012 \$
CSSS Pierre-De Saurel	80 693 \$	1 103 722 \$
CSSS du Suroît	0 \$	223 060 \$
CSSS Jardins-Roussillon	(3 970 109) \$	24 517 \$
CSSS La Pommeraie	232 698 \$	349 738 \$
CSSS Richelieu-Yamaska	(96 342) \$	28 408 \$
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	93 161 \$	232 358 \$
CSSS Champlain-Charles-Le Moyne	289 609 \$	656 118 \$
CSSS du Haut-Saint-Laurent ¹	(85 529) \$	(55 092) \$
CSSS de la Haute-Yamaska	3 240 186 \$	1 937 759 \$
Sous-total	(1 918 987) \$	7 547 875 \$
Établissements régionaux		
Centre jeunesse de la Montérégie	451 968 \$	753 255 \$
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est	1 426 395 \$	287 301 \$
Centre montréalais de réadaptation	(1 555 035) \$	1 246 939 \$
Les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	304 591 \$	120 028 \$
Centre de réadaptation Foster	10 830 \$	180 760 \$
Institut Nazareth et Louis-Braille	19 222 \$	645 606 \$
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	22 926 \$	89 346 \$
Sous-total	680 897 \$	3 323 235 \$
Total des établissements publics²	(1 238 090) \$	10 871 110 \$

¹ Les déficits des CSSS Richelieu-Yamaska et du Haut-Saint-Laurent ainsi que du Centre montréalais de réadaptation sont couverts par des transferts interfonds ou les surplus cumulés mais les déficits des CSSS Haut-Richelieu-Rouville et Jardins-Roussillon devront être résorbés par des surplus futurs.

² Excluant les transferts interfonds d'une valeur de 5 766 391 \$ en 2013-2014.

	Surplus (déficits) 2013-2014	Surplus (déficits) 2012-2013
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		
Accueil du Rivage Inc.	11 788 \$	31 792 \$
Centre d'accueil Marcelle Ferron Inc.	(306 242) \$	(506 566) \$
Résidence Sorel-Tracy Inc.	63 599 \$	91 562 \$
Santé Courville de Waterloo	(24 351) \$	58 466 \$
Vigi Santé Ltée (CHSLD de Brossard)	164 759 \$	159 502 \$
Vigi Santé Ltée (CHSLD de Montérégie)	195 472 \$	227 422 \$
Centre d'hébergement Champlain-Jean-Louis-Lapierre	(101 119) \$	(93 765) \$
Centre d'hébergement Champlain-de-Châteauguay	209 362 \$	239 911 \$
Centre d'hébergement Champlain-des-Pommetiers	351 045 \$	390 856 \$
Total des établissements privés conventionnés	564 313 \$	599 180 \$
Total régional du surplus (déficits) - établissements publics et privés conventionnés	(673 777) \$	11 470 290 \$

ANNEXE III

Subventions détaillées aux organismes communautaires

En 2013-2014, 458 organismes ont reçu un total de 71,4 M\$.

Financement des organismes communautaires admis au psoc

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Agressions à caractère sexuel	Centre d'intervention en violence et agressions sexuelles de la Montérégie	181 054 \$	223 202 \$
	TOTAL – Agression à caractère sexuel	181 054 \$	223 202 \$
Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	Actions dépendances	137 255 \$	118 301 \$
	Carrefour Le Point Tournant Inc.	349 304 \$	279 196 \$
	Centre d'entraide La Boussole inc.	35 568 \$	35 568 \$
	Centre sur l'Autre-Rive inc.	337 825 \$	355 178 \$
	Horizon Soleil, Table de concertation de prévention des toxicomanies et de promotion de la santé de la région d'Acton	72 297 \$	74 885 \$
	Liberté de choisir	130 405 \$	126 218 \$
	Maison La Margelle inc.	479 205 \$	473 469 \$
	Maison l'Alcôve inc.	600 978 \$	594 827 \$
	Pavillon L'Essence Ciel	290 447 \$	285 873 \$
	Prévention des dépendances l'Arc-en-ciel	78 245 \$	78 552 \$
	Satellite organisme en prévention des dépendances	65 693 \$	57 334 \$
	Total - Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	2 577 222 \$	2 479 401 \$
Autres ressources jeunesse	Aiguillage (L')	103 037 \$	150 078 \$
	Bienville, Allons de l'Avant!	13 553 \$	13 340 \$
	Boîte à lettres de Longueuil (La)	88 668 \$	87 430 \$
	Cellule jeunes et familles de Brome-Missisquoi (La)	45 472 \$	50 072 \$
	Centre de formation à l'autogestion du Haut-Richelieu	60 972 \$	54 402 \$
	Centre d'Intervention-Jeunesse des Maskoutains (Le)	158 385 \$	151 042 \$
	Comité Jeunesse La Presqu'île	24 243 \$	23 000 \$
	Espace Châteauguay	140 274 \$	145 659 \$
	Espace Suroît	144 277 \$	145 568 \$
	Macadam Sud	512 364 \$	613 213 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Autres ressources jeunesse (suite)	Maison de Jonathan inc. (La)	239 459 \$	235 987 \$
	Maisonnette Berthelet (La)	30 490 \$	35 010 \$
	Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	41 452 \$	35 878 \$
	Pacte de rue inc. (Le)	228 676 \$	241 529 \$
	POSA / Source des Monts	154 875 \$	165 397 \$
Total - Autres ressources jeunesse		1 986 197 \$	2 147 605 \$
Autres ressources pour femmes	Hébergement Maison de la Paix inc.	177 548 \$	195 828 \$
	Maison d'hébergement et de transition l'Égide	102 984 \$	101 362 \$
Total - Autres ressources pour femmes		280 532 \$	297 190 \$
Cancer	Amis du Crépuscule (Les)	67 261 \$	59 147 \$
	Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	63 318 \$	47 557 \$
	Organisme voué aux personnes atteintes de cancer (OVPAC)	15 375 \$	15 133 \$
	Présence Amie de la Montérégie	62 481 \$	62 481 \$
	Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal	44 773 \$	20 000 \$
Total - Cancer		253 208 \$	204 318 \$
Centre d'action bénévole (CAB)	Action bénévole de Varennes	41 624 \$	23 080 \$
	Carrefour communautaire l'Arc-en-ciel	128 487 \$	102 664 \$
	Centre d'action bénévole Les p'tits bonheurs de St-Bruno	160 928 \$	118 822 \$
	Centre d'action bénévole de Beauharnois (Le)	202 458 \$	184 506 \$
	Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	162 749 \$	130 909 \$
	Centre d'action bénévole de Boucherville	220 875 \$	207 200 \$
	Centre d'action bénévole de Contrecoeur « À plein cœur »	101 494 \$	93 379 \$
	Centre d'action bénévole de Cowansville	185 480 \$	163 545 \$
	Centre d'action bénévole de Farnham inc.	167 344 \$	149 861 \$
	Centre d'action bénévole de Granby inc.	224 210 \$	205 526 \$
	Centre d'action bénévole de la Frontière	136 015 \$	102 605 \$
	Centre d'action bénévole de la Vallée du Richelieu inc.	206 820 \$	189 399 \$
	Centre d'action bénévole de Saint-Césaire	141 142 \$	107 721 \$
	Centre d'action bénévole de Saint-Hubert	174 362 \$	154 999 \$
	Centre d'action bénévole de St-Jean-sur-Richelieu inc. (Le)	204 102 \$	186 124 \$
	Centre d'action bénévole de Sutton	30 302 \$	

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Centre d'action bénévole (CAB) (suite)	Centre d'action bénévole de Valleyfield inc.	226 862 \$	208 526 \$
	Centre d'action bénévole de Waterloo inc.	182 156 \$	164 081 \$
	Centre d'action bénévole d'Iberville et de la région	207 226 \$	203 963 \$
	Centre d'action bénévole du Bas-Richelieu inc.	162 669 \$	135 256 \$
	Centre d'action bénévole du grand Châteauguay	193 286 \$	175 478 \$
	Centre d'action bénévole et communautaire La Mosaïque	206 796 \$	188 777 \$
	Centre d'action bénévole La Seigneurie de Monnoir	151 533 \$	124 098 \$
	Centre d'action bénévole L'Actuel	294 214 \$	327 017 \$
	Centre d'action bénévole Soulanges	124 585 \$	64 541 \$
	Centre d'actions bénévoles Interaction	77 867 \$	71 354 \$
	Centre de bénévolat d'Acton Vale	176 248 \$	132 281 \$
	Centre de bénévolat de la Rive-Sud	497 914 \$	480 230 \$
	Centre de bénévolat de Saint-Basile-le-Grand Inc.	51 816 \$	51 816 \$
	Centre de bénévolat de St-Hyacinthe inc. (Le)	243 780 \$	225 176 \$
	Centre de bénévolat Mieux-Être Ville de Lac Brome	2 235 \$	2 235 \$
	Centre de soutien entr'Aidants	284 472 \$	265 228 \$
	Centre d'entraide bénévole de St-Amable inc.	197 121 \$	181 674 \$
	Centre d'entraide régional d'Henryville	92 240 \$	74 951 \$
	Envolée Centre d'action bénévole Ste-Julie (L')	157 267 \$	141 747 \$
	Service d'action bénévole « Au cœur du Jardin » Inc.	207 634 \$	189 600 \$
Total - Centre d'action bénévole (CAB)		6 226 313 \$	5 528 369 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	C.I.V.A.S. L'Expression libre du Haut-Richelieu	186 698 \$	161 435 \$
	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) de Granby	265 153 \$	261 166 \$
	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) La Vigie	253 232 \$	249 244 \$
	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) Châteauguay	309 372 \$	304 618 \$
	Centre d'aide pour victimes d'agression sexuelle Richelieu-Yamaska et Sorel-Tracy C.A.V.A.S.	187 621 \$	184 666 \$
	Traversée (Rive-Sud) (La)	392 826 \$	391 640 \$
Total - Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)		1 594 902 \$	1 552 769 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Centres de femmes	Ainsi soit-elle (centre de femmes)	184 558 \$	181 652 \$
	Association Avante	183 736 \$	180 843 \$
	Centre de femmes « La Moisson »	184 424 \$	181 520 \$
	Centre de femmes « L'Autonomie en soie »	189 727 \$	186 834 \$
	Centre de femmes du Haut-Richelieu	204 477 \$	204 561 \$
	Centre de femmes La Marg'Elle inc.	184 559 \$	181 653 \$
	Centre de femmes l'Éclaircie	192 035 \$	189 011 \$
	Centre de femmes l'Essentielle (Le)	202 619 \$	182 168 \$
	Centre des femmes de Longueuil	184 273 \$	181 371 \$
	Collective par et pour Elle inc.	188 077 \$	185 115 \$
	Com'femme	184 031 \$	181 133 \$
	Contact'L De Varennes	26 263 \$	25 849 \$
	D'main de femmes	184 350 \$	181 447 \$
	Entre Ailes Ste-Julie	190 815 \$	187 810 \$
	Entr'Elles Granby inc.	331 498 \$	326 278 \$
	Inform'elle inc.	184 350 \$	181 447 \$
	Re-Nou-Vie	281 094 \$	259 167 \$
	Ressources-Femmes de la région d'Acton	189 273 \$	186 292 \$
Total - Centres de femmes		3 470 159 \$	3 384 151 \$
Communautés culturelles et autochtones	Centre Sino-Québec de la Rive-Sud	96 989 \$	96 326 \$
Total - Communautés culturelles et autochtones		96 989 \$	96 326 \$
Concertation et consultation générale	Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (L')	68 484 \$	67 406 \$
	Regroupement des centres d'action bénévole de la Montérégie	12 896 \$	12 693 \$
	Regroupement des maisons de jeunes du Québec, section Montérégie	12 969 \$	17 765 \$
	Regroupement du travail de proximité de la Montérégie (R.T.P.M.)	31 183 \$	26 951 \$
	Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie	191 644 \$	188 626 \$
Total - Concertation et consultation générale		317 176 \$	313 441 \$
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	Carrefour Naissance-Famille	232 326 \$	228 667 \$
	Centre périnatal Le Berceau	45 971 \$	45 247 \$
	Comité d'allaitement maternel CALM	12 814 \$	12 612 \$
	Entraide Maternelle du Richelieu	7 522 \$	12 404 \$

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Contraception, allaitement, périnatalité, famille (suite)	Grands Frères et les Grandes Sœurs de Saint-Hyacinthe (Les)	80 600 \$	86 844 \$
	Grands frères/grandes sœurs du Suroît inc.	98 814 \$	98 237 \$
	Groupe soutien allaitement maternel La mère à boire	3 604 \$	3 547 \$
	MAM autour de la maternité	52 415 \$	51 590 \$
	Mouvement S.E.M. (sensibilisation à l'enfance maltraitée)	71 347 \$	70 223 \$
	Nourri-Source - Montérégie	55 202 \$	59 333 \$
	Soutien Lactéa	191 299 \$	183 365 \$
Total - Contraception, allaitement, périnatalité, famille		851 914 \$	852 069 \$
Déficience intellectuelle	Action intégration en déficience intellectuelle	125 519 \$	117 145 \$
	Amis-Soleils de St-Bruno (Les)	10 422 \$	7 653 \$
	Arche Beloeil inc. (L')	375 248 \$	367 698 \$
	Association de la déficience intellectuelle de la région de Sorel	64 678 \$	60 431 \$
	Association de la Rive-Sud pour la Déficience Intellectuelle, ARSDI	119 937 \$	94 279 \$
	Association de la Vallée du Richelieu pour la déficience intellectuelle	14 390 \$	1 423 \$
	Association de parents de l'enfance en difficulté de la Rive-Sud, Montréal, Itée	177 627 \$	173 189 \$
	Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi	72 087 \$	66 421 \$
	Association des parents des enfants handicapés Richelieu-Val-Maska (L')	69 082 \$	58 266 \$
	Association des parents et des handicapés de la Rive-Sud Métropolitaine	93 670 \$	88 390 \$
	Association Garagona Inc.	2 513 \$	833 \$
	Association Granby pour la déficience intellectuelle	79 180 \$	60 467 \$
	Association locale des personnes handicapées de Chambly et la région-Alpha	95 900 \$	90 656 \$
	Association PANDA Brome-Missisquoi	55 889 \$	53 416 \$
	Association PAUSE (Pour l'Accessibilité Universelle, le Soutien et l'Engagement)	167 920 \$	163 635 \$
	Camp Soleil de Melissa	14 283 \$	1 423 \$
	Centre de répit-dépannage Aux quatre poches inc.	164 106 \$	151 364 \$
	Centre Éducatif et de Loisirs en Déficience Intellectuelle (Le Centre ÉLODI)	97 135 \$	95 607 \$
	Centre Louise Bibeau inc.	119 925 \$	94 102 \$
	Clé des Champs Sainte-Julie inc. (La)	9 756 \$	6 975 \$
	Club de la joie de vivre pour personnes handicapées de Valleyfield	16 528 \$	13 663 \$
	Club des personnes handicapées de Farnham et MRC Brome-Missisquoi inc.	35 267 \$	39 377 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Déficience intellectuelle (suite)	Halte Soleil	130 484 \$	101 460 \$
	Hyper-Lune	122 816 \$	138 234 \$
	Jonathan de Soulanges inc.	44 301 \$	41 963 \$
	Maison de répit Dérageon inc.	127 029 \$	93 099 \$
	Maison de répit L'intermède	132 109 \$	123 851 \$
	Maison Répit-Vacances inc.	121 035 \$	108 695 \$
	Mouvement action découverte pour personnes handicapées de la région de Châteauguay	70 620 \$	64 924 \$
	Mouvement action loisirs (M.A.L.I.)	71 943 \$	66 273 \$
	Parents d'enfants handicapés avec difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (P.E.H.D.A.A.)	45 727 \$	42 726 \$
	Parrainage civique Champlain	96 082 \$	90 447 \$
	Parrainage civique de la Vallée du Richelieu	78 840 \$	75 958 \$
	Parrainage civique de Vaudreuil Soulanges	196 113 \$	191 384 \$
	Parrainage civique des MRC d'Acton et des Maskoutains	67 659 \$	64 953 \$
	Parrainage civique du Haut-Richelieu	86 455 \$	83 453 \$
	Projet récolte chanceuse		833 \$
	Relâche (Répit V.S.) (La)	18 855 \$	16 512 \$
	Répit Le Zéphyr	82 165 \$	78 408 \$
	Rescousse (La), regroupement des parents de personnes handicapées du Grand Châteauguay	75 837 \$	70 236 \$
Total - Déficience intellectuelle		3 549 132 \$	3 259 822 \$
Déficience physique	Aphasie Rive-Sud	33 854 \$	21 838 \$
	Association de la sclérose en plaques de Sorel-Tracy et régions	44 084 \$	38 797 \$
	Association des devenus sourds et des malentendants du Québec, secteur Sud-Ouest	41 798 \$	39 499 \$
	Association des personnes aphasiques du Richelieu-Yamaska	35 478 \$	33 279 \$
	Association des Personnes Aphasiques Granby-Région	14 339 \$	12 473 \$
	Association des personnes handicapées de la Vallée du Richelieu	76 321 \$	73 479 \$
	Association des personnes handicapées physiques de Cowansville et région	99 064 \$	93 879 \$
	Association des personnes handicapées Sorel-Tracy	74 090 \$	71 283 \$
	Association des traumatisés cranio-cérébraux de la Montérégie	72 700 \$	67 044 \$

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Déficience physique (suite)	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Montréal régional inc.	51 943 \$	49 485 \$
	Association montréalaise de la surdité	77 142 \$	64 444 \$
	Association québécoise de la dysphasie, région Montérégie	78 797 \$	75 916 \$
	Association sclérose en plaques Rive-Sud	102 383 \$	99 130 \$
	Au moulin de la source	168 404 \$	164 112 \$
	Centre de réhabilitation A.V.C. Montérégie	12 323 \$	10 489 \$
	Centre Notre-Dame de Fatima	86 453 \$	82 611 \$
	Envol du Haut-Richelieu Inc. (L')	80 563 \$	77 654 \$
	Foyer St-Antoine de Longueuil inc. (Le)	450 785 \$	442 046 \$
	Lucioles de St-Hubert (Les)	13 323 \$	11 473 \$
	O.E.I.L. (L')	2 513 \$	833 \$
	Regroupement des personnes handicapées de la région de Beauharnois inc. (Le)	76 \$	7 519 \$
	Regroupement des personnes handicapées région du Haut-Richelieu inc.	8 713 \$	7 046 \$
	Sclérose en plaques Haute-Yamaska-Richelieu	51 943 \$	49 485 \$
	Sclérose en plaques St-Hyacinthe-Acton	41 285 \$	38 994 \$
	Société canadienne de la sclérose en plaques (section Montérégie)	78 408 \$	75 533 \$
Total - Déficience physique		1 796 782 \$	1 708 341 \$
Déficiences multiples	Association des personnes handicapées de la Rive-Sud Ouest	129 881 \$	125 247 \$
Total - Déficiences multiples		129 881 \$	125 247 \$
Hébergement mixte	Abri de la Rive-Sud	309 850 \$	282 333 \$
	Centre de transition en Itinérance du Suroît	26 441 \$	11 340 \$
	Hébergement la C.A.S.A. Bernard Hubert	408 921 \$	444 275 \$
	Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby Inc.	305 642 \$	300 828 \$
Total - Hébergement mixte		1 050 854 \$	1 038 776 \$
Hommes en difficulté	AVIF (Action sur la violence et intervention familiale)	180 720 \$	178 198 \$
	Entraide pour hommes Vallée du Richelieu Inc. (L')	375 200 \$	380 292 \$
	Maison Le Passeur	148 928 \$	146 583 \$
	Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	156 656 \$	154 189 \$
	Via L'Anse	168 512 \$	187 858 \$
Total - Hommes en difficulté		1 030 016 \$	1 047 120 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Maintien à domicile	Association des aidants(es) naturels(les) du Bas-Richelieu	122 274 \$	83 761 \$
	Association vivre et vieillir chez soi du Bas-Richelieu inc.	117 347 \$	86 694 \$
	Centre Communautaire Multi-services Un coin chez-nous 1983	152 275 \$	142 187 \$
	Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	40 569 \$	35 588 \$
	Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	36 553 \$	34 565 \$
	Entraide 3 ^e âge maskoutaine	135 685 \$	133 548 \$
	Entraide Chez Nous (L')	103 564 \$	83 185 \$
	Joyeux retraités de Longueuil	7 693 \$	7 693 \$
	Lunch club soleil	37 517 \$	32 318 \$
	Maison des aînés de Soulanges (La)	126 560 \$	86 775 \$
	Popote de la région de Bedford (La)	38 795 \$	37 132 \$
	Popote roulante de Châteauguay	30 525 \$	30 525 \$
	Popote roulante de l'Ange-Gardien	5 000 \$	5 000 \$
	Popote roulante de Salaberry-de-Valleyfield (La)	87 202 \$	62 051 \$
	Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	178 656 \$	117 999 \$
	S.A.B.E.C. (Services d'accompagnement bénévole et communautaires)	125 282 \$	106 343 \$
	Société Alzheimer de Granby et région inc.	128 619 \$	76 718 \$
	Société Alzheimer Des Maskoutains - Vallée des Patriotes	53 239 \$	20 353 \$
	Société Alzheimer du Haut-Richelieu	143 685 \$	105 573 \$
Total - Maintien à domicile		1 671 040 \$	1 288 008 \$
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	Antichambre 12-17, Hébergement jeunesse du Suroît (L')	25 160 \$	
	Antre-temps Longueuil (L')	435 425 \$	456 400 \$
	Auberge sous mon toit inc.	423 624 \$	463 011 \$
	Élan des jeunes (L')	40 600 \$	31 387 \$
	Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	274 056 \$	273 656 \$
	Maison Le Baluchon	403 941 \$	421 921 \$
Total - Maisons d'hébergement communautaire jeunesse		1 602 806 \$	1 646 375 \$

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	Accueil pour elle (L')	761 267 \$	749 279 \$
	Carrefour pour elle	784 022 \$	771 675 \$
	Clé sur la porte, maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants inc.	789 788 \$	777 350 \$
	Hébergement d'Urgence Violence Conjugale Vaudreuil-Soulanges (La Passerelle)	660 489 \$	650 088 \$
	Horizon pour elle inc.	751 330 \$	739 498 \$
	Maison Alice-Desmarais	737 959 \$	726 338 \$
	Maison d'aide et d'hébergement La Re-source de Châteauguay	728 190 \$	716 722 \$
	Maison d'hébergement Simonne-Monet-Chartrand	697 063 \$	683 133 \$
	Maison Hina inc.	743 803 \$	732 279 \$
	Maison La Source du Richelieu	750 230 \$	747 123 \$
	Pavillon Marguerite de Champlain	760 502 \$	748 526 \$
	Résidence Elle du Haut St-Laurent	560 562 \$	551 734 \$
Total - Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté		8 725 205 \$	8 593 745 \$
Maisons de jeunes	Action jeunesse Roussillon	95 093 \$	96 057 \$
	Action jeunesse St-Pie X de Longueuil inc.	97 921 \$	96 379 \$
	Adoléus inc. (L')	77 474 \$	76 353 \$
	Butte (La)	29 467 \$	29 105 \$
	Carrefour jeunesse d'Iberville	103 436 \$	102 320 \$
	Centre amitié-jeunesse Chambly inc.	85 912 \$	84 559 \$
	Centre jeunesse « Le trait d'union »	130 808 \$	128 983 \$
	Exit de Waterloo (L')	149 925 \$	166 800 \$
	Jeunesse Beauharnois	104 803 \$	98 310 \$
	Maison de jeunes de Sorel inc.	203 013 \$	214 258 \$
	Maison de jeunes des quatre lieux	79 038 \$	76 317 \$
	Maison de jeunes l'Escalier en mon Temps	144 834 \$	149 014 \$
	Maison de jeunes Sac-Ado	85 912 \$	84 559 \$
	Maison de la jeunesse douze-dix-sept de Valleyfield	104 615 \$	93 194 \$
	Maison des jeunes Châtelois inc.	135 746 \$	130 687 \$
	Maison des jeunes d'Acton Vale (La)	84 600 \$	83 268 \$
	Maison des jeunes de Beaujeu (La)	92 818 \$	77 248 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Maisons de jeunes (suite)	Maison des jeunes de Contrecoeur inc.	100 935 \$	99 212 \$
	Maison des jeunes de Farnham inc.	129 770 \$	127 825 \$
	Maison des jeunes de Granby inc. (La)	118 647 \$	115 987 \$
	Maison des jeunes de Huntingdon inc. (La)	95 439 \$	95 892 \$
	Maison des jeunes de la Frontière (La)	22 821 \$	17 540 \$
	Maison des jeunes de La Prairie (La)	81 537 \$	80 614 \$
	Maison des jeunes de l'Île Perrot - Martin Bernier	74 094 \$	73 660 \$
	Maison des jeunes de Longueuil	85 912 \$	87 359 \$
	Maison des jeunes de Marieville	5 700 \$	5 000 \$
	Maison des jeunes de Rigaud (La)	80 163 \$	78 727 \$
	Maison des jeunes de Saint-Bruno inc.	92 412 \$	91 059 \$
	Maison des jeunes de Sainte-Anne-de-Sorel « Le phare des jeunes » inc.	70 162 \$	78 057 \$
	Maison des jeunes de Sainte-Julie inc. (La)	99 133 \$	97 438 \$
	Maison des jeunes de Saint-Philippe	55 911 \$	115 348 \$
	Maison des jeunes de St-Dominique (La)	4 285 \$	17 140 \$
	Maison des jeunes de St-Hyacinthe (La)	95 471 \$	96 854 \$
	Maison des jeunes de St-Rémi Inc. (La)	122 243 \$	120 117 \$
	Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	83 956 \$	87 709 \$
	Maison des jeunes de Tracy L'Air du temps inc.	91 796 \$	85 429 \$
	Maison des jeunes de Varennes inc.	100 339 \$	98 625 \$
	Maison des jeunes de Vaudreuil-Dorion	77 583 \$	76 421 \$
	Maison des jeunes de Verchères (La)	125 728 \$	126 597 \$
	Maison des Jeunes des Quatre Fenêtres inc. (La)	125 134 \$	123 368 \$
	Maison des Jeunes des Quatre-Vents	22 297 \$	16 568 \$
	Maison des jeunes La piaule de Boucherville	80 588 \$	79 262 \$
	Maison des jeunes La Porte ouverte	140 591 \$	137 464 \$
	Maison des jeunes La Traversée	66 394 \$	66 772 \$
	Maison des jeunes Le Boum (La)	103 532 \$	101 945 \$
	Maison des jeunes Le Dôme Inc.	109 163 \$	98 031 \$
	Maison des jeunes l'Entracte (La)	77 789 \$	76 643 \$
	Maison des jeunes Les Cèdres	66 534 \$	66 050 \$

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Maisons de jeunes (suite)	Maison des jeunes Mercierois	52 163 \$	49 982 \$
	Maison des jeunes Sympholie	29 857 \$	29 748 \$
	Maison jeunesse L'Oxy-Bulle de Roxton	39 953 \$	37 614 \$
	Programme action jeunesse de Candiac	95 089 \$	93 591 \$
	Programme d'intervention jeunesse (P.I.J.)	146 260 \$	80 600 \$
	Société pour l'épanouissement des jeunes de St-Amable (La)	77 539 \$	76 184 \$
Total - Maisons de jeunes		4 852 335 \$	4 793 843 \$
Organismes de justice alternative	Bénado inc.	340 925 \$	334 941 \$
	Justice alternative du Haut-Richelieu	264 072 \$	259 913 \$
	Justice alternative du Suroît	452 143 \$	438 067 \$
	Justice alternative et médiation	266 578 \$	262 380 \$
	Justice Alternative Pierre De Saurel inc.	142 891 \$	127 110 \$
	Justice Alternative Richelieu-Yamaska	389 336 \$	383 205 \$
	Ressources alternatives Rive-Sud	811 978 \$	799 215 \$
Total - Organismes de justice alternative		2 667 923 \$	2 604 831 \$
Orientation et identité sexuelles	Divers-Gens	30 000 \$	
	Jeunes Adultes GAI-E-S (J.A.G.)	102 510 \$	81 476 \$
Total - Orientation et identité sexuelles		132 510 \$	81 476 \$
Personnes âgées	Action-services aux proches aidants de Longueuil	160 279 \$	117 215 \$
	Aidants naturels du Haut St-Laurent (ANHSL) (Les)	105 224 \$	79 411 \$
	Aînés en mouvement	30 302 \$	
	Baladeur René de Longueuil	8 182 \$	6 085 \$
	Briser l'isolement chez les aînés, centre d'écoute Montérégie	57 204 \$	21 140 \$
	Centre communautaire des aînés et aînées de Longueuil	177 570 \$	160 625 \$
	Centre communautaire l'Entraide plus inc.	137 599 \$	98 950 \$
	Centre de soutien au réseau familial (CSRF)	210 036 \$	181 719 \$
	Club 3ième âge de Farnham inc.	25 013 \$	10 840 \$
	Club St-Luc de Verchères	25 765 \$	6 480 \$
	Comité mieux vieillir à Sainte-Martine	2 534 \$	2 094 \$
	FADOQ - Région Rive-Sud-Suroît	131 249 \$	129 182 \$
	Grand rassemblement des aînés de Vaudreuil et Soulanges	126 807 \$	87 385 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Personnes âgées (suite)	Maison des aînés (es) de La Prairie	61 932 \$	40 422 \$
	Maison des Tournesols (1981)	299 557 \$	280 076 \$
	Projet Communic-Action	131 630 \$	118 730 \$
	Regroupement des organismes montréalais d'aidants naturels (ROMAN)	64 541 \$	45 953 \$
	Regroupement pour la santé des aînés Pierre-de-Saurel	61 392 \$	32 327 \$
	Société Alzheimer du Suroît	165 940 \$	131 233 \$
	Société Alzheimer Rive-Sud	756 494 \$	715 053 \$
Total - Personnes âgées		2 739 250 \$	2 264 920 \$
Personnes démunies	Aide momentanée pour les urgences Rigaudiennes (A.M.U.R.) Inc.	11 999 \$	11 922 \$
	Association pour la défense des droits sociaux de Huntingdon	994 \$	49 231 \$
	Aux sources du bassin de Chambly	39 423 \$	49 635 \$
	Bouffe Additionnelle (La)	72 250 \$	71 170 \$
	Bouffe du Carrefour (La)	96 120 \$	95 220 \$
	Café de la Débrouille (Le)	25 116 \$	24 993 \$
	Café des deux pains de Valleyfield	83 719 \$	82 565 \$
	Carrefour communautaire Saint-Roch-de-Richelieu	88 908 \$	86 836 \$
	Carrefour Le Moutier	54 231 \$	62 727 \$
	Carrefour Mousseau	125 624 \$	124 355 \$
	Carrefour-Dignité (St-Jean)	26 693 \$	26 273 \$
	Centre communautaire de Châteauguay inc.	36 598 \$	36 022 \$
	Centre de partage communautaire Johannais (CPCJ)	6 441 \$	6 340 \$
	Coin du partage de Beauharnois inc. (Le)	41 611 \$	43 384 \$
	Comité Action Populaire Lemoyne	44 447 \$	43 959 \$
	Complexe Le Partage	139 552 \$	144 481 \$
	Corne d'abondance entraide alimentaire et solidarité (La)	94 611 \$	93 895 \$
	Croisée de Longueuil inc. (La)	165 754 \$	162 372 \$
	Cuisine collective Soulanges	48 234 \$	47 568 \$
	Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	98 544 \$	97 222 \$
	Cuisines collectives LIMO	4 980 \$	31 442 \$
	Cuisines de l'Amitié	53 534 \$	39 628 \$
	Entraide Mercier	12 172 \$	11 980 \$

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Personnes démunies (suite)	Grenier aux trouvailles (Partage sans faim)	105 126 \$	90 498 \$
	Maison de l'entraide de Ste-Julie inc. (La)	23 475 \$	23 243 \$
	Maison d'hébergement dépannage de Valleyfield M.H.D.V.	196 173 \$	193 084 \$
	Moisson Maskoutaine (La)	53 519 \$	52 710 \$
	Moisson Rive-Sud	141 259 \$	139 147 \$
	Moisson Sud-Ouest	142 436 \$	140 284 \$
	Partage Notre-Dame	54 069 \$	24 909 \$
	Porte du passant inc. (La)	108 295 \$	122 535 \$
	Rencontre Châteauguoise (La)	160 740 \$	182 207 \$
	Repas du Passant (Le)	168 180 \$	164 482 \$
	Ressources St-Jean-Vianney	52 542 \$	47 127 \$
	S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	145 913 \$	143 787 \$
	Service alimentaire communautaire (S.A.C.) (Le)	42 176 \$	41 528 \$
	Sourire sans Fin	220 283 \$	217 054 \$
	Total - Personnes démunies	2 985 741 \$	3 025 815 \$
Santé mentale	Accolade Santé Mentale (L')	223 804 \$	220 280 \$
	Alternative - Centregens	304 191 \$	412 901 \$
	Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	399 457 \$	393 166 \$
	Ancre et Ailes du Haut St-Laurent	171 800 \$	169 191 \$
	Arc-en-ciel (Vaudreuil-Soulanges)	167 579 \$	164 661 \$
	Arc-en-ciel des Seigneuries, groupe d'entraide en santé mentale (L')	115 595 \$	113 775 \$
	Association "Et si c'était moi"		15 530 \$
	Association canadienne pour la santé mentale filiale Sorel-St-Joseph-Tracy	87 491 \$	86 113 \$
	Association canadienne pour la santé mentale, filiale du Haut-Richelieu	110 996 \$	99 406 \$
	Association d'entraide en santé mentale « L'Éveil » de Brome-Missisquoi	158 156 \$	155 665 \$
	Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale - Rive-Sud APAMM-RS	294 878 \$	290 234 \$
	Association Le Vaisseau d'Or	157 128 \$	154 654 \$
	Ateliers Transition inc. (Les)	275 768 \$	271 425 \$
	Au Second Lieu	178 080 \$	165 433 \$
	Avant-garde en santé mentale (L')	264 947 \$	260 775 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Santé mentale (suite)	Campagnol des jardins de Napierville centre de jour (Le)	119 667 \$	117 782 \$
	Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	450 277 \$	443 265 \$
	Centre de prévention du suicide du Haut-Richelieu	389 847 \$	383 708 \$
	Centre de prévention du suicide Pierre-De-Saurel	382 269 \$	376 249 \$
	Centre de transition Perceval inc.	483 307 \$	475 696 \$
	Collectif de défense des droits de la Montérégie	487 355 \$	392 766 \$
	Contact Richelieu-Yamaska	497 434 \$	482 711 \$
	Éclusier du Haut-Richelieu	270 901 \$	266 635 \$
	Élan demain inc. (L')	624 988 \$	615 146 \$
	Entrée Chez-Soi Brome-Missisquoi	220 919 \$	217 440 \$
	Filiale Rive-Sud de l'A.C.S.M.	70 292 \$	69 185 \$
	Groupe d'entraide « Pi-Après »	78 528 \$	77 291 \$
	Groupe d'entraide G.E.M.E.	57 088 \$	51 268 \$
	Groupe d'entraide L'Arrêt-Court, Sorel-Tracy	124 924 \$	122 957 \$
	Groupe d'entraide le Dahlia de Beauharnois (Le)	128 564 \$	126 539 \$
	Havre à nous (le) / Our Harbour	38 218 \$	42 616 \$
	Hébergement l'Entre-Deux	457 673 \$	450 466 \$
	Maison alternative de développement humain (MADH) inc.	226 805 \$	221 265 \$
	Maison d'hébergement R.S.S.M.	407 917 \$	401 493 \$
	Maison d'intervention Vivre	341 879 \$	336 495 \$
	Maison du Goéland de la Rive-Sud (La)	553 512 \$	544 795 \$
	Maison Jacques-Ferron	465 629 \$	458 296 \$
	Maison le Point Commun	374 786 \$	368 884 \$
	Maison sous les arbres	1 065 178 \$	1 048 404 \$
	Oasis Santé Mentale Granby et région	235 039 \$	231 338 \$
	Phare source d'entraide (Le)	146 411 \$	143 934 \$
	Phare, Saint-Hyacinthe et régions inc. (Le)	227 759 \$	224 172 \$
	Pont du Suroît (Le)	207 274 \$	204 010 \$
	Psychohésion inc.	117 143 \$	115 298 \$
	Réseau d'habitations Chez soi	168 718 \$	166 061 \$
	Ressource de transition le Tournant	895 870 \$	885 362 \$

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Santé mentale (suite)	Service d'intervention en santé mentale - ESPOIR	1 162 470 \$	1 144 163 \$
	Société de schizophrénie de la Montérégie	37 183 \$	20 849 \$
	Tel-aide région du Suroît	74 895 \$	73 716 \$
	Toits d'Émile (Les)	38 865 \$	43 253 \$
	Trait-d'Union Montérégien	98 532 \$	92 059 \$
	Transition pour elles inc.	225 089 \$	207 743 \$
Total - Santé mentale		14 863 075 \$	14 616 519 \$
Santé physique	Aide arthrite du Bas-Richelieu	12 551 \$	12 353 \$
	Association de fibromyalgie du Bas-Richelieu	16 906 \$	16 640 \$
	Association de fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique de Vaudreuil-Soulanges	39 986 \$	39 356 \$
	Association de la fibromyalgie région Montérégie	72 781 \$	81 635 \$
	Diabète Brome-Missisquoi (DBM)	37 406 \$	37 406 \$
	Diabète Rive-Sud	16 222 \$	6 124 \$
	Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	6 441 \$	6 340 \$
	Diabétiques Sorel-Tracy inc. (Les)	13 858 \$	13 640 \$
	Épilepsie Granby et Région inc.	52 601 \$	51 773 \$
Total - Santé physique		294 903 \$	268 844 \$
Troubles envahissants du développement	Association de parents PANDA de Vaudreuil-Soulanges	13 405 \$	11 553 \$
	Association Régionale Autisme TED, Montérégie	221 941 \$	201 251 \$
	Répît TED-Autisme Montérégie	113 293 \$	96 774 \$
Total - Troubles envahissants du développement		348 639 \$	309 578 \$
VIH - SIDA	Oies blanches actions hépatites-VIH (Les)		43 269 \$
	ÉMISS-ère (Équipe multidisciplinaire d'intervention en santé sexuelle)	379 167 \$	341 309 \$
Total - VIH - SIDA		379 167 \$	384 578 \$
TOTAL GÉNÉRAL ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ADMIS AU PSOC		66 654 925 \$	64 136 679 \$
		407 org.	406 org.

Rapport annuel de gestion 2013-2014

FINANCEMENT AUTRES PROGRAMMES – AUTRES OSBL (NON ADMIS AU PSOC)

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	Centre de prévention de la violence familiale Générations	1 052 \$	
	Las de cœur centre d'intervention pour joueurs compulsifs et pathologiques	130 011 \$	130 011 \$
Total - Alcoolisme, toxicomanie, dépendance		131 063 \$	130 011 \$
Autres ressources jeunesse	Bureau de consultation-Jeunesse inc.	36 277 \$	34 416 \$
Total - Autres ressources jeunesse		36 277 \$	34 416 \$
Communautés culturelles et autochtones	Maison internationale de la Rive-Sud inc.	3 658 \$	3 600 \$
	Solidarité ethnique régionale de la Yamaska	3 658 \$	3 600 \$
	Vision inter-cultures	53 118 \$	53 057 \$
Total - Communautés culturelles et autochtones		60 434 \$	60 257 \$
Concertation et consultation générale	Association coopérative d'économie familiale Montérégie-Est	107 689 \$	105 993 \$
	Corporation de développement communautaire Beauharnois-Salaberry	86 467 \$	85 105 \$
	CRÉ Vallée-du-Haut-Saint-Laurent	15 000 \$	15 000 \$
	Loisir et sport Montérégie	72 238 \$	71 100 \$
	Réseau du Sport Étudiant du Québec - Montérégie	4 267 \$	4 200 \$
	Table de concertation de la petite enfance et des personnes démunies de la Vallée-des-Patriotes	71 120 \$	70 000 \$
	Table de concertation jeunesse de la Vallée-des-Patriotes	26 756 \$	21 656 \$
	Table de concertation jeunesse du Bas-Richelieu	4 177 \$	3 496 \$
	Table de concertation Jeunesse Maskoutaine inc. (La)	4 152 \$	8 238 \$
Total - Concertation et consultation générale		391 866 \$	384 788 \$
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	Actions Familles Sainte-Martine/Saint-Urbain-Premier	6 396 \$	
	Amitié Matern'elle	813 \$	800 \$
	Apprendre en cœur	1 083 \$	1 066 \$
	Association des familles monoparentales et recomposées de St-Hyacinthe		60 \$
	Barbaparents (Les)	253 454 \$	249 463 \$
	Bonjour Soleil, regroupement de familles monoparentales et recomposées de la Vallée du Richelieu	1 100 \$	
	Camp de vacances familiales Valleyfield inc.	12 626 \$	12 626 \$
	Carrefour du partage de Salaberry de Valleyfield	8 000 \$	8 000 \$
	Carrefour familial du Richelieu	88 734 \$	90 289 \$

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Contraception, allaitement, périnatalité, famille (suite)	Centre de la famille St-Pie	5 088 \$	6 088 \$
	Centre de la petite enfance les Pommettes rouges	133 781 \$	131 065 \$
	Centre de ressources familiales du Haut St-Laurent	77 456 \$	76 246 \$
	Écrit Tôt de Saint-Hubert (L')	6 323 \$	6 323 \$
	Envol Programme d'aide aux jeunes mères (L')	74 753 \$	81 274 \$
	Fablier, une histoire de familles (Le)	15 551 \$	15 551 \$
	Ligue La Leche	1 336 \$	1 315 \$
	Maison de la famille de Brossard (La)	22 383 \$	21 766 \$
	Maison de la famille de la Vallée du Richelieu (La)		19 050 \$
	Maison de la famille des Maskoutains (La)	9 488 \$	9 754 \$
	Maison de la famille Kateri	1 500 \$	1 500 \$
	Maison de la famille La Parentr'aide	115 824 \$	114 463 \$
	Maison de la Famille Lemoyne	21 766 \$	21 766 \$
	Maison de la famille Valoise inc.	77 035 \$	75 103 \$
	Maison de la famille Vaudreuil-Soulanges		411 \$
	Maison des enfants de Varennes (La)	13 946 \$	11 445 \$
	Maison des familles de Granby et région	14 243 \$	14 243 \$
	Maison La Virevolte	43 000 \$	43 000 \$
	Maison Tremplin de Longueuil (La)	17 675 \$	17 675 \$
	Petit pont (Le)	5 449 \$	6 333 \$
	Ruche Magique (La)	71 120 \$	70 000 \$
	Station de l'Aventure (La)	1 500 \$	1 500 \$
Total - Contraception, allaitement, périnatalité, famille		1 101 423 \$	1 108 175 \$
Déficiences multiples	Académie Zénith	70 000 \$	
Total - Déficiences multiples		70 000 \$	- \$
Maintien à domicile	Service d'accompagnement médical intensif (S.A.M.I.)		20 000 \$
	Service d'aide domestique Jardins-Roussillon		11 703 \$
Total - Maintien à domicile		- \$	31 703 \$
Maisons agréées de soins palliatifs (OC & OSBL)	Fondation de la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges (FMSPVS)	771 490 \$	720 000 \$
	Fondation Source Bleue	771 490 \$	720 000 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2013-2014	2012-2013
Maisons agréées de soins palliatifs (OC & OSBL) (suite)	Maison au Diapason (La)	514 330 \$	480 000 \$
	Maison Victor-Gadbois (La)	821 490 \$	770 000 \$
Total - Maison agréées de soins palliatifs (OC & OSBL)		2 878 800 \$	2 690 000 \$
Personnes démunies	Centre communautaire le Trait d'union	14 607 \$	14 607 \$
	Loisirs et services communautaires de Lac Brome inc.	6 382 \$	6 382 \$
	Table itinérance Rive-Sud	5 000 \$	
Total - Personnes démunies		25 989 \$	20 989 \$
TOTAL GÉNÉRAL AUTRES PROGRAMMES - AUTRES OSBL - NON ADMIS AU PSOC		4 695 852 \$	4 460 339 \$
		51 org.	50 org.
GRAND TOTAL		71 350 777 \$	68 597 018 \$
		458 org.	456 org.

ANNEXE IV

Code d'éthique et de déontologie

1. PRÉAMBULE

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ci-après l'Agence) a pour mission d'assurer la coordination du réseau montérégien, d'améliorer la performance de celui-ci et de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Les membres du conseil d'administration (ci-après les administrateurs) sont désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de cette mission ainsi qu'à la saine gestion des ressources et, le cas échéant, des biens de l'Agence.

Compte tenu du caractère public de la mission et des ressources qui sont confiées à l'Agence, il est primordial que la conduite de ses administrateurs témoigne de leur dévouement au service public et d'un comportement éthique exemplaire. Le présent code d'éthique et de déontologie vise donc notamment à assurer que la contribution des administrateurs se fasse dans le respect du droit, des personnes et des instances ainsi que des valeurs de l'Agence et de l'administration publique. En cas de doute, les administrateurs doivent agir dans l'esprit des principes et règles applicables.

2. OBJECTIFS

Le présent document vient préciser les valeurs éthiques et les devoirs en matière de déontologie qui doivent guider la conduite des administrateurs dans l'exercice de leurs fonctions. Il se veut complémentaire aux codes de déontologie professionnels, aux ententes en vigueur, aux politiques, aux procédures, aux lois et aux règlements encadrant l'exercice des fonctions des personnes visées.

L'éthique réfère aux valeurs qui animent les individus et à celles qui sont véhiculées par l'organisation. Elle fait appel à un comportement allant au-delà de la simple observance de la loi, des règles

et règlements édictés et représente le « juste » au-delà du légal. En cas d'incertitude, notamment lorsque la règle est ambiguë ou lorsque plusieurs règles s'affrontent, c'est alors que les valeurs éthiques interviennent afin de soutenir la prise de décision.

La déontologie énonce un ensemble de lois, de règles et de normes obligatoires auxquelles il est nécessaire de se conformer. La déontologie entend préciser de manière concrète les attentes et les comportements espérés de la part des administrateurs.

En conséquence,

- 2.1 Les principes et les règles contenus dans ce code visent à promouvoir auprès des administrateurs les principes d'intégrité, d'objectivité, d'impartialité et de transparence dans l'exercice de leurs fonctions et aussi à préserver et à maximiser leur capacité à agir dans l'intérêt de la population de la Montérégie.
- 2.2 Le présent code vise également à maintenir et à renforcer la confiance de la population de la Montérégie, des partenaires de l'Agence et des instances gouvernementales, quant à la saine administration des ressources qui lui sont confiées.
- 2.3 Le présent code d'éthique et de déontologie n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, mais plutôt de les soutenir et les renforcer. En cas de divergence entre le présent code et le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

3. CADRE LÉGAL

Les éléments contenus dans le présent code d'éthique et de déontologie sont issus des prescriptions des textes suivants :

- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)
- Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c. M-30, r.1)

- Déclaration des valeurs de l'administration publique québécoise (21 novembre 2002, Assemblée nationale, document sessionnel n° 1598-20021121)

4. CHAMP D'APPLICATION

- 4.1 Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux administrateurs de l'Agence nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux en application de l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- 4.2 Il s'applique également au président-directeur général, malgré le fait qu'il puisse également être régi par des normes d'éthique ou de déontologie qui pourraient autrement lui être applicables à titre de membre du personnel de l'Agence.

5. DÉFINITIONS

« **Administrateurs** » : Les membres du conseil d'administration, incluant le président-directeur général.

« **Conflit d'intérêts** » : Toute situation où l'intérêt personnel direct ou indirect de l'administrateur risque de compromettre l'exécution indépendante, objective et impartiale de ses responsabilités.

« **Règlement** » : Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

« **Code** » : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

« **Conflit de rôles** » : Conflit potentiel lié à la provenance d'un administrateur en vertu de l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

6. VALEURS

Les administrateurs adhèrent aux valeurs de l'administration publique québécoise reproduites en annexe V² ainsi qu'aux valeurs propres à l'Agence et qui sont les suivantes :

6.1 Agir avec compétence et rigueur

Chaque administrateur s'acquitte de ses tâches avec professionnalisme. Il met à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expertise pour atteindre les résultats visés. Il fait une utilisation judicieuse des ressources et de l'information mises à sa disposition.

6.2 Agir avec impartialité et transparence

Chaque administrateur fait preuve de neutralité et d'objectivité. Il prend des décisions dans le respect des règles applicables et accorde à tous un traitement équitable. Il remplit ses fonctions sans considération partisane. Il fait en sorte qu'il soit manifeste que les décisions sont prises dans l'intérêt public et en toute transparence.

6.3 Agir avec intégrité

Chaque administrateur se conduit d'une manière juste et honnête. Il évite de se mettre dans une situation où il se rendrait redevable à quiconque pourrait l'influencer indûment dans l'exercice de ses fonctions.

6.4 Agir avec loyauté

Chaque administrateur est conscient qu'il est un représentant de l'Agence auprès de la population. Il adhère aux principes démocratiques de notre société, il défend les intérêts de l'Agence et évite de lui causer préjudice.

6.5 Agir avec respect

Chaque administrateur manifeste de la considération à l'égard de toutes les personnes avec lesquelles il interagit dans l'exercice de ses fonctions. Il fait preuve de courtoisie, d'écoute et de discrétion à leur égard. Il se montre également diligent et évite toute forme de discrimination.

² Annexe au document Code d'éthique

7. OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

7.1 Règles relatives aux travaux et aux réunions

L'administrateur doit :

- 7.1.1 respecter les règlements, les politiques et les procédures en vigueur à l'Agence;
- 7.1.2 être assidu aux réunions et autres activités du conseil et de ses comités ou signifier son absence et organiser ses affaires personnelles de façon à ce qu'elles soient compatibles avec l'exercice de ses fonctions;
- 7.1.3 s'assurer que les données pertinentes et les enjeux lui soient fournis et qu'il dispose des données pertinentes et de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause;
- 7.1.4 se préparer et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre;
- 7.1.5 conserver une attitude de respect et de dignité et préserver la confiance et la considération que requiert son statut;
- 7.1.6 se contraindre à la discrétion au regard des informations auxquelles il accède dans le cadre de ses fonctions;
- 7.1.7 respecter le caractère confidentiel des débats, échanges, discussions et informations écrites et verbales reçues;
- 7.1.8 s'abstenir de faire des confidences, des déclarations et d'agir de façon à discréditer l'Agence ou le conseil d'administration ou de nuire à leur bon fonctionnement;
- 7.1.9 voter lorsque requis ou signifier son abstention;
- 7.1.10 être solidaire des décisions prises par le conseil et faire preuve de réserve concernant les décisions du conseil;
- 7.1.11 éviter de se substituer aux porte-parole de l'Agence.

7.2 Règles relatives aux conflits d'intérêts et aux conflits de rôles

L'administrateur doit :

- 7.2.1 faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts ou de rôles du seul fait qu'il provient d'un milieu, secteur ou organisme ayant proposé sa candidature aux fins de nomination au conseil, en vertu de l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- 7.2.2 éviter de se placer en situation réelle ou potentielle de conflit d'intérêts;
- 7.2.3 dénoncer à l'organisme tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans une entreprise susceptible de mettre en conflit ses intérêts personnels et ceux de l'Agence;
- 7.2.4 s'abstenir de siéger ou de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle il a des intérêts directs ou indirects; cependant, le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale;
- 7.2.5 reconnaître le fait que d'être membre du conseil d'administration de l'Agence ne donne aucun privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit, ni aucun pouvoir autre que ceux dont il est investi en sa qualité d'administrateur dans le cadre d'une assemblée dûment convoquée ou dans le cadre d'un mandat du conseil;

- 7.2.6 dissocier de l'exercice de ses fonctions la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles, d'affaires ou bénévoles;
- 7.2.7 saisir le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif s'il est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la loi, au règlement ou au présent code.

L'administrateur ne doit pas :

- 7.2.8 utiliser ou communiquer à un tiers une information privilégiée obtenue dans l'exercice de ses fonctions dans le but d'en retirer un avantage;
- 7.2.9 user indûment de son influence ou de son pouvoir, en raison de sa situation au sein du conseil d'administration;
- 7.2.10 se laisser influencer, dans ses prises de décisions, par des offres d'emploi réelles ou potentielles.
- 7.2.11 accepter un cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui n'est pas d'usage et d'une valeur modeste.

7.3 Règles relatives aux activités politiques

L'administrateur doit :

- 7.3.1 faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques;
- 7.3.2 prendre ses décisions indépendamment de considérations partisans;
- 7.3.3 aviser le président du conseil d'administration (ou le secrétaire général du conseil exécutif dans le cas du président ou le président-directeur général de l'Agence) de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale;

- 7.3.4 dans le cas du président du conseil d'administration ou du président-directeur général de l'Agence, se démettre de ses fonctions s'il veut se porter candidat à une charge publique électorale.

7.4 Règles relatives à l'après-mandat

Un administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions au service de l'Agence ne doit pas :

- 7.4.1 chercher à tirer des avantages indus de ses fonctions antérieures;
- 7.4.2 communiquer de l'information confidentielle ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence ou un tiers avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de son mandat;
- 7.4.3 dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, agir au nom ou pour le compte d'autrui à l'égard d'une procédure, négociation ou autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

Les administrateurs en fonction ne peuvent :

- 7.4.4 traiter dans les circonstances prévues à l'art. 7.4.3 avec l'administrateur qui y est visé dans l'année où celui-ci a quitté ses fonctions.

8. RÉMUNÉRATION

- 8.1 Les membres du conseil d'administration ne reçoivent aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions.

9. MÉCANISMES D'APPLICATION

- 9.1 Dès leur entrée en fonction, les membres du conseil d'administration nommés ou désignés doivent :
- 9.1.1 s'engager à respecter le présent code ainsi que le Règlement et signer à cet effet l'annexe I³ (engagement personnel);
 - 9.1.2 déclarer leurs intérêts en complétant et en signant l'annexe II⁴ (déclaration des intérêts). Cette déclaration doit être amendée si un élément nouveau doit y être ajouté ou retranché.
- 9.2 Conformément à l'article 19 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le président du conseil d'administration a la responsabilité de s'assurer que les principes d'éthique et les règles de déontologie sont respectés par les administrateurs.
- 9.3 Si le président du conseil d'administration juge qu'il y a effectivement eu manquement au code ou au Règlement, il doit en aviser le secrétaire-général associé responsable des emplois supérieurs. C'est ce dernier qui décide des suites à donner.
- 9.4 La sanction qui peut être imposée conformément à l'article 40 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics est la réprimande, la suspension sans rémunération, le cas échéant, pour une durée maximale de trois mois ou la révocation.
- 9.5 Toute sanction imposée à un membre de conseil d'administration de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions doit être écrite et motivée.

10. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration

³ Annexe au document Code d'éthique

⁴ Annexe au document Code d'éthique

ANNEXE V

Notes aux états financiers – audités

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (l'Agence) est constituée le 1^{er} janvier 2006 en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Longueuil.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures (autrefois la Société immobilière du Québec - SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la Note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées » des Normes comptables canadiennes pour le secteur public et une opinion avec réserve est présentée au rapport de l'auditeur indépendant.

Afin de se conformer aux directives du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Agence ne comptabilise pas à titre d'immobilisation corporelle louée trois ententes de Partenariat

Public-Privé (une entente en 2013) répondant, par ailleurs, à cette définition. En conséquence, l'Agence ne comptabilise pas l'actif et l'obligation relative au bien loué afférente, mais comptabilise plutôt en charge les sommes exigibles en vertu des ententes, ce qui n'est pas conforme aux normes comptables canadiennes pour le secteur public et une opinion avec réserve est présentée au rapport de l'auditeur indépendant.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard des montants de l'actif et de passif comptabilisés, sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels ainsi que sur les montants des revenus et des charges comptabilisés.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir - réforme comptable, le passif au titre des avantages sociaux futurs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie obtenus.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou d'autres ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'Agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'Agence comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence cédant, les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

Salaires

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à équilibrer les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés.

Créditeurs et autres charges

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats

du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Avantages sociaux futurs

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance-salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs. L'Agence constate également au revenu leur financement provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'Agence ne dispose pas de renseignements suffisants pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties selon la méthode linéaire, selon leur durée de vie utile estimative, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunications	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme le service.

Instruments financiers

Conformément aux directives du ministère de la Santé et des Services sociaux, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux

(MSSS) détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouveau rapport financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par le LSSSS, en ce sens et par le fait que les données financières de l'Agence sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec lequel n'applique pas la norme sur les instruments financiers.

L'Agence ne détenait pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Aux fins de présentation du rapport financier annuel, l'Agence applique également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs rapports financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le Fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le Fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

- Le Fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les Fonds affectés : fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le Fonds de stationnement : fonds constitué sous certaines conditions, des revenus nets de stationnement.
- Le Fonds de santé au travail : fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du Fonds d'exploitation, du Fonds des activités régionalisées et du Fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Classification des activités

La classification des activités de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires

Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées à l'Agence.

Centre d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre du Fonds d'exploitation et du Fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du Fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une Agence ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

NOTE 3 - MODIFICATIONS COMPTABLES**Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement - réforme comptable**

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2014
Subventions à recevoir - Immobilisations - Écart de financement - Réforme comptable	(191 080) \$
Subventions - Gouvernement du Québec	-
Surplus (déficits) de l'exercice	191 080 \$

NOTE 4 - DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont

préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 13 juin 2013.

NOTE 5 - EMPRUNT TEMPORAIRE

Au 31 mars 2014, l'Agence dispose d'une autorisation d'avance par billet grille de 58 595 000 \$ à taux fixe de 1,52 % garantie par le Ministère dont 52 718 995 \$ sont utilisés au 31 mars 2014. La convention de crédit est renégociable au besoin.

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec ou au Fonds de financement.

	2014
Financement Québec	
Emprunt portant intérêt au taux de 9,82 % au 31 mars 2014, remboursable en versements annuels prédéterminés, échéant le 31 mars 2023	6 719 292 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 2,489 %, remboursable en versements annuels de 57 752 \$, échéant le 1 ^{er} décembre 2019	346 511 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 2,1045 %, remboursable en versements annuels de 61 842 \$, échéant le 1 ^{er} juin 2018	1 484 210 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 2,664 %, remboursable en versements annuels de 742 007 \$, échéant le 1 ^{er} décembre 2018	9 846 210 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 2,054 %, remboursable en versements annuels de 213 802 \$, échéant le 25 avril 2017	5 131 248 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable en versements annuels de 315 421 \$, échéant le 1 ^{er} décembre 2016	3 469 627 \$

Rapport annuel de gestion 2013-2014

	2014
Emprunt portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable en versements annuels de 37 234 \$, échéant le 1 ^{er} décembre 2016	819 149 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable en versements annuels de 1 818 820 \$, échéant le 1 ^{er} décembre 2016	9 735 220 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 3,877 %, remboursable en versements annuels de 25 800 \$, échéant le 1 ^{er} décembre 2014	490 200 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 3,877 %, remboursable en versements annuels de 799 375 \$, échéant le 1 ^{er} décembre 2014	4 862 558 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 176 456 \$, échéant le 1 ^{er} juin 2014	2 539 311 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 1 192 550 \$, échéant le 1 ^{er} juin 2014	5 416 208 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 3,222 %, remboursable en versements annuels de 277 744 \$, échéant le 1 ^{er} décembre 2014	277 744 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 3,847 %, remboursable en versements annuels de 325 078 \$, échéant le 1 ^{er} juin 2016	975 235 \$
	52 112 723 \$
Fonds de financement :	
Emprunt portant intérêt au taux de 2,1184 %, remboursable en versements annuels de 122 699 \$, échéant le 19 décembre 2018	3 067 481 \$
Emprunt portant intérêt au taux de 2,1184 %, remboursable en versements annuels de 2 388 017 \$, échéant le 19 décembre 2018	13 500 600 \$
	16 568 081 \$
	68 680 804 \$
Tranche échéant à moins d'un an	21 940 845 \$
	46 739 959 \$

Les remboursements en capital de la dette long terme à effectuer durant les prochains exercices sont les suivants :

	Autres emprunts
2015	21 940 845 \$
2016	6 570 582 \$
2017	14 080 155 \$
2018	8 350 069 \$
2019	15 166 890 \$
2020 et suivantes	2 572 263 \$
	68 680 804 \$

NOTE 7 - AMORTISSEMENT DES FRAIS REPORTÉS LIÉS AUX DETTES

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire. Cependant, selon le chapitre SP 3450 Instruments financiers, la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opérations et la situation financière.

NOTE 8 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

L'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 9 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence fait l'objet d'une poursuite de 829 400 \$ relativement à un litige portant sur le taux de rétribution des ressources intermédiaires. Par ailleurs, la rétribution des ressources intermédiaires étant du ressort des établissements de santé et de services sociaux, il est très peu probable que l'Agence ait à verser quelque indemnité aux ressources intermédiaires. À cet effet, aucune provision n'a été comptabilisée.

Un avis d'arbitrage de la part de la Corporation des services d'ambulance du Québec a été transmis auprès de l'Agence. Presque toutes les agences de la province ont reçu un tel avis d'arbitrage de la Corporation des services d'ambulance du Québec. Il a été convenu que la cause impliquant l'Agence et la Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie servirait de « cause type ». Cet avis pourrait faire l'objet de réclamations auprès de l'Agence. Il n'est pas possible de déterminer actuellement l'issue de cet avis. Advenant que l'Agence ait des sommes à déboursier à l'égard de ces griefs, elles seraient comptabilisées dans l'exercice où aura lieu le règlement.

Des griefs de la part d'employés ont été transmis auprès de l'Agence. Ces griefs pourraient faire l'objet de réclamations auprès de l'Agence. Il n'est pas possible de déterminer actuellement l'issue de ces griefs. Advenant que l'Agence ait des sommes à déboursier à l'égard de ces griefs, elles seraient comptabilisées dans l'exercice où aura lieu le règlement.

NOTE 10 - ANALYSE FINANCIÈRE DU MSSS

Le Ministère a complété l'analyse financière du rapport annuel de l'exercice 2012-2013.

NOTE 11 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme pour des locaux administratifs, dont certains ont des options de renouvellement et pour d'autres, des contrats de service pour divers entretiens échéant à diverses dates jusqu'en 2024. De plus, l'Agence s'est engagée relativement à quatre ententes de partenariat public et privé pour le CHSLD St-Lambert-sur-le-Golf, le CHSLD Ste-Catherine, le CHSLD St-Jean et le CHSLD Granby à verser un *per diem* pour des services cliniques et autres éléments. Ces contrats viennent à échéance en 2034 et en 2039 et comportent des options de renouvellement. Également, l'Agence s'est engagée relativement à des ententes avec les groupes de médecines de familles et avec des entreprises ambulancières qui viennent à échéance en 2016 et en 2018.

Les paiements minimums exigibles au cours des prochains exercices s'établissent comme suit :

2015	109 102 224 \$
2016	105 810 928 \$
2017	43 402 926 \$
2018	41 702 776 \$
2019	40 215 598 \$
2020 et suivantes	783 650 458 \$
	1 123 884 910 \$

De plus, l'Agence s'est engagée en vertu de contrats échéant en mars 2039, et plus, pour des montants (incluant capital et intérêts) de 44 808 269 \$ avec le Groupe Champlain - CHSLD des Pometiers pour sa relocalisation suite à la fusion et de 18 668 068 \$ (incluant capital et intérêts) avec le Centre d'accueil Marcelle-Ferron pour son agrandissement.

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Les paiements minimums exigibles au cours des prochains exercices s'établissent comme suit :

	Capital	Intérêts	Total
2015	962 706 \$	1 787 283 \$	2 749 989 \$
2016	1 007 471 \$	1 742 518 \$	2 749 989 \$
2017	1 055 969 \$	1 694 020 \$	2 749 989 \$
2018	1 109 756 \$	1 640 232 \$	2 749 988 \$
2019	1 161 612 \$	1 588 377 \$	2 749 989 \$
2020 et suivantes	32 449 844 \$	17 276 549 \$	49 726 393 \$
	37 747 358 \$	25 728 979 \$	63 476 337 \$

NOTE 12 - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), une Agence doit maintenir l'équilibre entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses dépenses.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, l'Agence n'a pas respecté cette obligation légale.

NOTE 13 - CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin que leur présentation soit conforme à celle de l'exercice courant.

ANNEXE VI

État de suivi des réserves

Nom de l'agence
Agence de la Montérégie

Code
1466-5285

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, DES COMMENTAIRES ET DES OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7

Signification des codes :

Colonne 3 :

R pour réserve

O pour observation

C pour commentaire

Colonnes 5, 6 et 7 :

R pour réglée

PR pour partiellement réglée

NR pour non réglée

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières

L'Agence ne comptabilise pas à titre d'immo. corp. louée une entente de PPP.	2012	R	Directive du MSSS			NR
Les passifs afférents aux oblig. envers les employés relatifs aux congés parentaux ne sont pas comptabilisés.	2011	R	Directive du MSSS	R		
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Agence et la SIQ sont comptabilisés comme des contrats de location exploitation.	2011	R	Directive du MSSS			NR

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats

Rapport à la gouvernance

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 450 928-6777
Télécopieur : 450 679-6443
www.santemonteregie.qc.ca/agence