

rapport annuel de gestion 2013 2014

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



rapport
annuel
de
gestion

2013
2014

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Édition :

**La Direction des communications
du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec**

Le présent document a été publié en quantité limitée
et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN: 978-2-550-71598-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

MESSAGE DES MINISTRES

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

Conformément aux dispositions de la Loi sur l'administration publique, nous avons le plaisir de vous transmettre le Rapport annuel de gestion 2013-2014 du ministère de la Santé et des Services sociaux qui rend compte des résultats obtenus au cours de la dernière année.

Le Québec fait face à des défis majeurs en matière de santé et de bien-être de la population. Le Ministère et son réseau doivent répondre à l'évolution des besoins tout en assurant un contrôle des dépenses, une saine gestion des ressources et une amélioration de la performance du système. Au cours de l'année, les efforts ont été poursuivis afin d'agir en amont des problèmes et d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services.

Le rapport démontre une amélioration des résultats dans plusieurs secteurs d'activités. La cible visée en services de soutien à domicile de longue durée a non seulement été atteinte mais nous l'avons rehaussée cette année. Les cibles sont aussi atteintes en matière de certaines chirurgies, de radio-oncologie, de dossiers médicaux électroniques, de mise en œuvre des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées et de recrutement des nouveaux médecins. Des gains appréciables ont notamment été obtenus en ce qui a trait au nombre des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, à la diminution des heures supplémentaires des infirmières, au maintien des enfants dans leur milieu familial et à l'agrément des établissements.

L'atteinte des objectifs du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux nécessite la contribution d'un personnel compétent et dévoué. Nous souhaitons ainsi témoigner notre reconnaissance pour son professionnalisme et sa précieuse collaboration.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Original signé
Gaétan Barrette
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Original signé
Lucie Charlebois
*Ministre déléguée à la Réadaptation,
à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique*

MESSAGE DU SOUS-MINISTRE

Monsieur Gaétan Barrette
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Madame Lucie Charlebois
Ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique

Madame,
Monsieur,

Nous vous transmettons le Rapport annuel de gestion 2013-2014 du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui a pris fin le 31 mars 2014.

Vous y trouverez les résultats obtenus par le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux au regard des objectifs et engagements liés au Plan stratégique 2010-2015, au Plan d'action de développement durable 2009-2015 et à la Déclaration de services aux citoyens. Ce rapport témoigne aussi des efforts consentis afin d'utiliser les ressources allouées de façon optimale.

Le présent document contient une déclaration de la direction du Ministère relativement à la fiabilité des données qui y sont présentées. La validation de l'information a été effectuée par la Direction de l'audit interne, à la demande du Comité ministériel de vérification.

Par ailleurs, nous tenons à souligner la compétence et le professionnalisme du personnel du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux et nous saluons son dévouement indéfectible pour le bien-être et la santé de l'ensemble des Québécoises et des Québécois.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Original signé
Michel Fontaine
Sous-ministre

TABLE DES MATIÈRES

Message des ministres	V
Message du sous-ministre	VII
Liste des sigles	XI
La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux	1
Le rapport de validation de la Direction de l'audit interne	3
Les faits saillants de l'année 2013-2014	5
 PARTIE 1 LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ...	9
 PARTIE 2 LES RÉSULTATS	13
2.1 Le Plan stratégique 2010-2015	13
2.2 Le Plan d'action de développement durable 2009-2015	45
2.3 Déclaration de services aux citoyens	57
 PARTIE 3 L'UTILISATION DES RESSOURCES	62
3.1 Les ressources humaines	62
3.2 Les ressources budgétaires et financières du Ministère ainsi que du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	65
3.3 Les ressources informationnelles	69
3.4 Le suivi de la mise en œuvre des standards sur l'accessibilité du Web	75
 PARTIE 4 L'APPLICATION DES EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES	76
4.1 L'accès à l'égalité en emploi	76
4.2 L'égalité entre les femmes et les hommes	79
4.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels	82
4.4 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration	83

4.5	Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé	83
4.6	Le Plan d'action gouvernemental 2008-2013 – La diversité : une valeur ajoutée.	84
4.7	La Politique de financement des services publics.	85
4.8	Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec	90

PARTIE 5		
LES RÉALISATIONS DU SECRÉTARIAT AUX ÂÎNÉS.		95

ANNEXES

Annexe I	Les lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux.	97
Annexe II	L'évolution des résultats au regard des objectifs du Plan stratégique 2010-2015.	99

LISTE DES SIGLES

ADS	Analyse différenciée selon les sexes	MRC	Municipalité régionale de comté
AVC	Accident vasculaire cérébral	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CH	Centre hospitalier	OMS	Organisation mondiale de la santé
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	PDEIPH	Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées
CLSC	Centre local de services communautaires	PREM	Plans régionaux d'effectifs médicaux
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	PSMA	Produits, services et moyens amaigrissants
CQDD	Centre québécois de développement durable	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
CR	Centre de réadaptation	RARDM	Rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux
CRE	Conférence des élus	RCQ	Réseau de cancérologie du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	RDM	Retraitement des dispositifs médicaux
DCI	Dossier clinique informatisé	RDPI	Répertoire des guides de planification immobilière
DME	Dossier médical électronique	RQC	Registre québécois du cancer
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse	RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
DQC	Direction québécoise de cancérologie	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
DSQ	Dossier Santé Québec	SIM	Suivi intensif dans le milieu
FINESSS	Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	SIV	Suivi d'intensité variable
GMF	Groupe de médecine de famille	SRAP	Stratégie de recherche axée sur le patient
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé	TCN	Table de coordination nationale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	UMF	Unité de médecine familiale
IPS	Infirmière praticienne spécialisée	VHC	Virus de l'hépatite C
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
MADA	Municipalité amie des aînés		

LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de la responsabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux. Celle-ci 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, la direction a eu recours à des systèmes d'information et à des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer le suivi de l'atteinte des objectifs fixés.

De plus, la Direction de l'audit interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications que contiennent les trois sections touchant la présentation des résultats et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2013-2014 du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les contrôles afférents sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

Les membres du comité de direction,

Original signé
Michel Fontaine
Sous-ministre

Original signé
Louis Couture
Sous-ministre adjoint
Services de santé et médecine universitaire

Original signé
Luc Castonguay
Sous-ministre adjoint
Planification, performance et qualité

Original signé
Sylvain Gagnon
Sous-ministre associé
Services sociaux

Original signé
Marco Thibault
Sous-ministre adjoint
Personnel réseau et ministériel

Original signé
Horacio Arruda
*Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint*

Original signé
Pierre Lafleur
Sous-ministre adjoint
Coordination ministérielle et réseau

Original signé
François Dion
Sous-ministre adjoint
Finances, immobilisations et budget

Original signé
Richard Audet
Sous-ministre associé
Technologies de l'information et Bureau de programme
pour l'informatisation du RSSS

Original signé
Catherine Ferembach
Sous-ministre adjointe
Secrétariat aux aînés

LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA DIRECTION DE L'AUDIT INTERNE

Monsieur le Sous-ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contiennent les sections exposant les résultats au regard du Plan stratégique 2010-2015, du Plan d'action de développement durable 2009-2015 et de la Déclaration de services aux citoyens dans le rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2014. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du Ministère.

Notre responsabilité consiste à évaluer le caractère plausible et la cohérence de l'information, en nous basant sur le travail que nous avons accompli au cours de notre examen.

Notre examen a été effectué en s'inspirant des normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne élaborées par l'Institut de l'audit interne (The Institute of Internal Auditors). Les travaux ont consisté essentiellement à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter de l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Au terme de notre examen, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans les trois sections mentionnées plus haut n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de l'audit interne,

Original signé
Isabelle Savard
Directrice

Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2014

LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2013-2014

Les soins de santé sont l'un des services gouvernementaux les plus visibles et leurs répercussions sur la vie quotidienne de l'ensemble de la population québécoise sont considérables. Le ministère de la Santé et des Services sociaux fait face à de nombreux défis afin d'assurer la pérennité du système de santé public et universel pour les générations à venir au Québec. Chaque année, le Ministère veille donc à ce que tous ses services soient bien adaptés à l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population, tout en considérant les nouvelles possibilités et les contraintes qui se présentent.

Les réalisations suivantes ont eu lieu au cours de la dernière année et elles reflètent bien la volonté indéniable du Ministère d'offrir des services de santé de qualité et accessibles correspondant aux besoins et aux attentes des citoyens.

Le projet de loi n° 52 concernant les soins de fin de vie

Le projet de loi n° 52 intitulé Loi concernant les soins de fin de vie a été présenté à l'Assemblée nationale du Québec en juin 2013. Ce projet de loi a pour objet d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie ainsi que de reconnaître la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne. Il précise les droits des patients en ce qui concerne les soins de fin de vie, l'encadrement de l'organisation de ces soins, les conditions permettant à une personne d'obtenir l'aide médicale à mourir et les exigences qui doivent être respectées avant qu'un médecin puisse l'administrer. De plus, le projet de loi n° 52 crée la Commission sur les soins de fin de vie, qui a pour mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie et de surveiller l'application des exigences particulières relativement à l'aide médicale à mourir. Finalement, le projet de loi n° 52 met en place le régime des directives médicales anticipées et en précise les exigences à respecter pour que ces directives aient une valeur contraignante.

Ce projet de loi a été soumis à un processus de consultations particulières et d'auditions publiques qui se sont déroulées du 17 septembre au 10 octobre 2013. Débutée à l'automne 2013, l'étude détaillée du projet de loi n° 52 s'est terminée le 16 janvier 2014.

Les personnes en perte d'autonomie au cœur des actions du Ministère

L'année 2013-2014 a été marquée par des travaux qui devront permettre de soutenir davantage les personnes en perte d'autonomie et d'assurer leur sécurité.

Le Ministère a déposé en mai 2013 un document intitulé L'autonomie pour tous – Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, où il soumettait au débat public la proposition suivante : créer une assurance autonomie et un fonds réservé pour favoriser la prestation de soins et de services au lieu de résidence des personnes et protéger le financement qui leur est destiné. Ce document a fait l'objet de consultations particulières à l'Assemblée nationale. Les membres de la Commission de la santé et des services sociaux ont reçu environ 80 mémoires et ont entendu près d'une soixantaine de groupes.

Par ailleurs, il est important de souligner que 192 visites d'évaluation en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ont été réalisées au cours de l'exercice 2013-2014. Le Ministère a revu son processus de visites, notamment en abandonnant le préavis de 24 heures et en se fixant comme objectif que tous les CHSLD soient visités sur une période de 24 mois. Il a également adopté de nouveaux outils d'évaluation et instauré de nouvelles modalités de suivi des recommandations formulées aux établissements visités.

L'adoption de la Politique ministérielle de sécurité civile – santé et services sociaux

Le Ministère a adopté la Politique ministérielle de sécurité civile – santé et services sociaux, dans la foulée du lancement, par le ministre de la Sécurité publique, de la Politique québécoise de sécurité civile 2014-2024 – Vers une société québécoise plus résiliente aux catastrophes, en février 2014. Cette politique compte cinq orientations et plusieurs objectifs à atteindre qui représentent les défis à relever en matière de sécurité civile pour le Ministère et le réseau au cours des prochaines années.

Les événements tragiques survenus à Lac-Mégantic en juillet 2013 et à l'Isle-Verte en février 2014 ont une fois de plus mis en relief l'importance pour le Ministère et le réseau d'agir en prévention des catastrophes, de se préparer adéquatement, afin d'être en mesure d'intervenir de façon efficace et coordonnée pour protéger les personnes affectées en cas de sinistre et s'assurer d'un retour rapide à la vie normale des communautés. La Politique ministérielle de sécurité civile – santé et services sociaux inscrit donc le Ministère et le réseau dans une démarche d'amélioration continue en matière de sécurité civile par laquelle le Ministère cherche à consolider les mécanismes de coordination, raffermir les liens de partenariat, valoriser l'approche en gestion des risques, accroître la résilience et assurer la formation du personnel affecté à la sécurité civile.

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

La ministre déléguée aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse a lancé, le 27 février 2014, la première Politique nationale de lutte à l'itinérance – Ensemble, pour éviter la rue et en sortir.

Cette politique vient donner une impulsion forte aux nombreux acteurs des milieux concernés par la lutte à l'itinérance pour faire converger leurs efforts et les réunir autour d'une vision ambitieuse, globale, cohérente et durable afin de prévenir et de contrer l'itinérance. La Politique met en évidence cinq axes d'action prioritaires : 1) le logement, les services de santé et les services sociaux de même que le revenu ; 2) l'éducation ; 3) l'insertion sociale et l'insertion socioprofessionnelle ; 4) la cohabitation sociale ; et 5) les enjeux liés à la judiciarisation.

Ainsi, la Politique favorise une action continue et coordonnée pour répondre aux besoins complexes et variés des personnes itinérantes, et ce, à la fois dans les grandes villes et celles de taille moyenne, ainsi que dans les milieux plus éloignés des grands centres.

L'adoption des orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour les services sociaux généraux

L'adoption des premières orientations en matière de services sociaux généraux, intitulées Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour les services généraux, a pour objectif de répondre aux besoins sociaux et psychologiques de la population ou de l'orienter vers des services appropriés. Destiné aux agences de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux centres de santé et de services sociaux, ce document détermine la gamme de services sociaux généraux visée pour la population de tous les territoires du Québec.

Ces orientations s'inscrivent dans une approche plus large en vue de répondre à l'ensemble des besoins de santé et de bien-être de la population. Ainsi, elles permettront de s'assurer que tous les Québécois bénéficient de services de qualité et plus uniformes d'une région à l'autre.

La lutte contre le cancer

L'année 2013-2014 a été marquée par plusieurs initiatives ministérielles visant à poursuivre les efforts consentis à la lutte contre le cancer.

En avril 2013, le Ministère a rendu publics le Plan directeur – Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer et le Plan d'action 2013-2015 en cancérologie. Il présente dans ces deux documents l'organisation d'un réseau hiérarchisé et intégré en cancérologie au Québec qui favorise la mise en commun et le partage des connaissances et des efforts fournis dans ce domaine. Par l'intermédiaire de la Direction québécoise de cancérologie (DQC), le Ministère assure la gestion et la coordination des activités du Réseau de cancérologie du Québec (RCQ).

Le Plan d'action 2013-2015 en cancérologie est le fruit d'une vaste consultation. Il donne le coup d'envoi aux actions à accomplir pour réaliser la vision présentée dans le Plan directeur. Ces actions répondent aux attentes exprimées à la fois par le milieu et par les personnes touchées par le cancer. Il s'articule autour de cinq priorités pour lesquelles des actions ont été réalisées : 1) des soins et des services axés sur les besoins des patients et de la population ; 2) l'intervention précoce contre le développement du cancer ; 3) l'accessibilité des soins et des services ; 4) la qualité des soins et des services ; 5) le Réseau de la cancérologie du Québec.

Dans le même ordre d'idée, depuis le 18 juin 2014, le Registre québécois du cancer (RQC) est en place et fonctionnel. Pour assurer son évolution, près de 65 établissements qui donnent des traitements aux personnes atteintes de cancer ont procédé à l'implantation de registres locaux répondant aux normes du RQC. De la formation ainsi que des activités de soutien et d'accompagnement ont été offertes aux archivistes médicaux qui constituent des acteurs clés dans l'implantation du RQC.

Le RQC permet de documenter tous les cas de cancer en consolidant l'information disponible, notamment sur la nature de la tumeur, le stade de la maladie et sur les premiers traitements reçus. L'ajout de nouveaux renseignements a débuté en janvier 2014 pour les cancers colorectaux. Le Registre, qui remplace le Fichier des tumeurs du Québec, répond à des objectifs de surveillance du cancer, de planification des soins et de soutien à la recherche et à l'évaluation. Il permet également d'orienter les décisions prises par le Ministère et l'ensemble des acteurs du Réseau de cancérologie du Québec.

De plus, le Ministère a continué de travailler pour améliorer les services de dépistage du cancer colorectal offerts à la population. Il a commencé l'évaluation de l'état d'avancement des travaux entrepris dans les huit sites de démonstration qui expérimentent les conditions requises pour la mise en place d'un programme provincial de dépistage du cancer colorectal, notamment l'amélioration de l'accessibilité à la coloscopie et l'implantation de normes cliniques de qualité.

Dans le contexte de ces travaux, différents outils destinés au grand public de même qu'aux professionnels de la santé ont été mis à jour et sont en cours de diffusion (ex. : contenu Web pour les citoyens). De nouveaux guides de gestion des unités d'endoscopie ont par ailleurs été élaborés et permettront d'harmoniser la pratique de la coloscopie au Québec.

En complément des travaux réalisés dans les sites de démonstration, l'année 2013-2014 a été marquée par le déploiement provincial du test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi). Ce test de dépistage vise à détecter le cancer colorectal avant l'apparition de signes et de symptômes. À ce moment-là, le cancer est à un stade peu avancé et les possibilités de guérison sont meilleures.

Enfin, de nombreuses publications scientifiques et le Collège des médecins du Québec ont souligné la nécessité de mieux informer les femmes sur les avantages et les inconvénients du dépistage du cancer du sein. Ainsi, les outils de communication et d'invitation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ont été modifiés pour fournir une information complète et à jour sur tous les avantages, limites et inconvénients du dépistage, et ce, pour aider les femmes à prendre une décision éclairée.

Depuis octobre 2013, une nouvelle brochure intitulée *Participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein : votre décision accompagne les lettres d'invitation* envoyées aux femmes de 50 à 69 ans pour qu'elles se soumettent à un test de dépistage. Une formation en ligne est aussi offerte depuis octobre 2013 aux médecins et aux infirmières afin de les outiller pour qu'ils puissent aider leurs patientes à prendre une décision éclairée quant à leur participation au dépistage du cancer du sein par mammographie.

L'implantation du Dossier Santé Québec à l'échelle du Québec

À l'été 2013, le Ministère a entrepris l'implantation progressive du Dossier Santé Québec (DSQ) dans toutes les régions du Québec. Au cours des semaines précédentes, il avait mené une vaste campagne d'information pour faire connaître le DSQ et les droits des citoyens à son égard, notamment le droit de refuser d'y participer. Au terme de la campagne, plus de 90 % des adultes québécois avaient une opinion positive du DSQ, ce qui explique le très faible taux de refus enregistré (0,47 %).

Au 31 mars 2014, 60 % des pharmacies québécoises sont branchées au DSQ; en outre, 62 % des résultats de tests de laboratoire et 60 % des examens d'imagerie médicale produits dans les établissements publics sont consultables.

L'utilisation du DSQ permet d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé et des services sociaux. Ainsi, les patients et les professionnels de la santé pourront en bénéficier puisque ces derniers auront accès plus rapidement à certains renseignements de santé jugés essentiels relativement à leurs patients.

Le dépôt du rapport Pour que l'argent suive le patient

Le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients a déposé au gouvernement son rapport sur l'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé : *Pour que l'argent suive le patient*. Il y propose une stratégie qui comporte trois domaines d'intervention prioritaire :

- le financement selon le volume et la qualité pour toutes les chirurgies, grâce à l'élargissement du programme actuel d'accès à la chirurgie ;
- le financement en fonction des meilleures pratiques, par l'établissement d'un programme d'implantation des meilleures pratiques, en commençant par la coloscopie ;
- le financement pour la prise en charge des patients ayant des maladies chroniques, en commençant par des expérimentations concrètes accompagnées de l'appui requis.

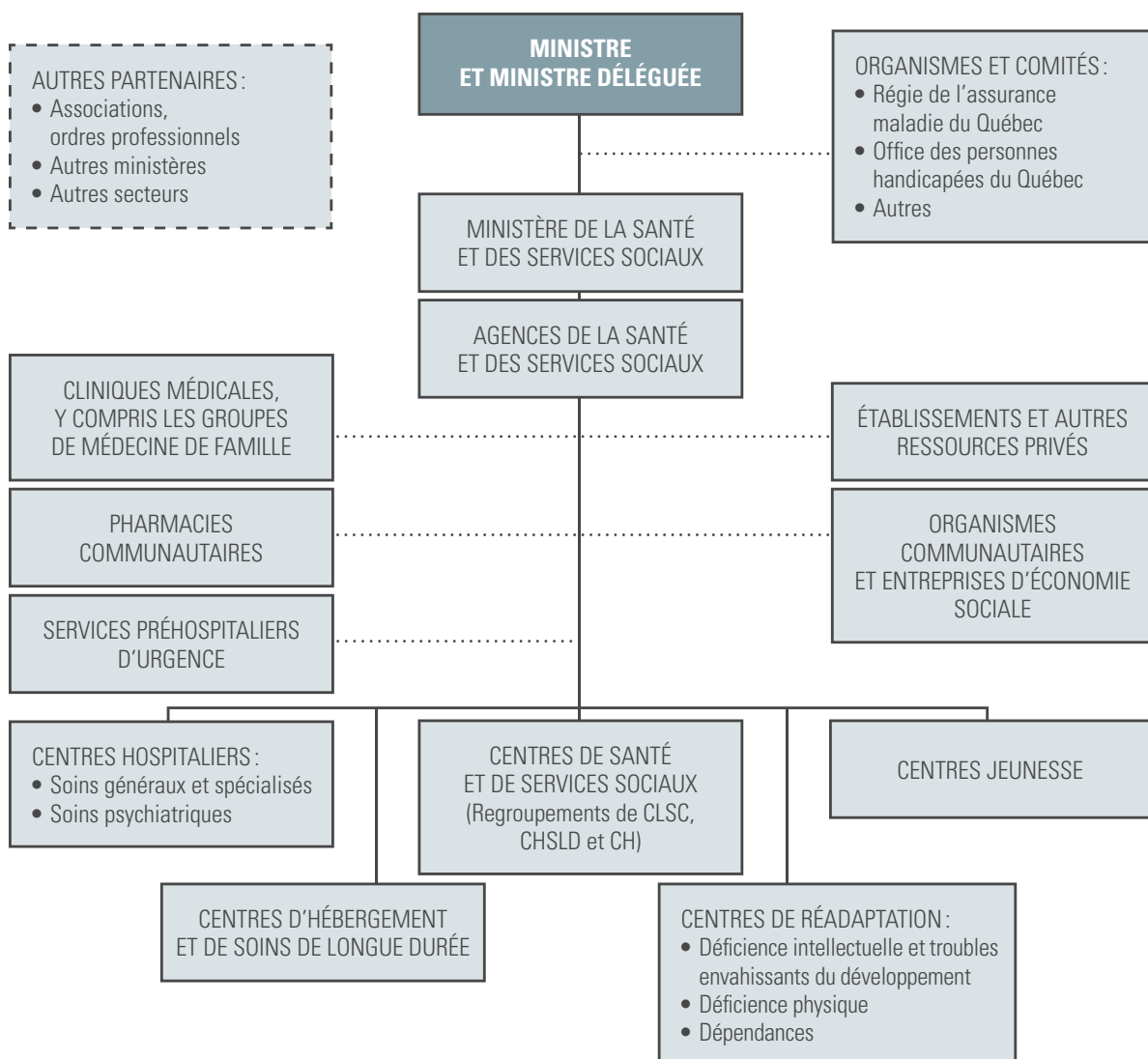
De plus, le Groupe d'experts propose des mesures afin de réunir les conditions nécessaires à l'implantation et de gérer le changement, particulièrement pour ce qui est des renseignements cliniques et financiers. Le Groupe d'experts en arrive à la conclusion que ce mode de financement peut contribuer à relever les défis auxquels le système de santé du Québec fait face en ce moment, soit l'accessibilité aux soins, la qualité des soins, l'équité dans la répartition du financement et le contrôle des coûts.

LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Cette partie présente la structure administrative du ministère de la Santé et des Services sociaux et du réseau de la santé et des services sociaux, les rôles et responsabilités de chacun ainsi que l'organisation des services offerts à la population sur tout le territoire québécois.

MISSION

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.



LE MINISTÈRE

Le Ministère a pour rôle principal de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Pour ce faire, il détermine les orientations, les objectifs et les priorités dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur mise en œuvre. Il définit les normes relatives à l'accessibilité, à la qualité, à la continuité et à l'efficience des services offerts à la population. De plus, le Ministère assure la promotion de la santé et du bien-être, la protection de la santé publique, la répartition équitable des ressources ainsi que la coordination interrégionale des services. Enfin, il évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Les lois dont la responsabilité de l'application relève du ministre de la Santé et des Services sociaux sont présentées à l'annexe I, tandis que l'organigramme du Ministère est consultable en version électronique à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca.

Par ailleurs, treize organismes et comités liés au domaine de la santé et des services sociaux relèvent du ministre, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'Office des personnes handicapées du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Les coordonnées et autres informations de ces organismes peuvent être consultées sur le site Web du Ministère : www.msss.gouv.qc.ca/ministere/organisme.php.

Quelques données sur les effectifs du Ministère et du réseau

La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente environ 6,8 % de la population active du Québec. Au 31 mars 2013, on comptait :

- 943 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère ; et 1 664, à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- 266 203 cadres ou salariés dans les agences et les établissements publics ou privés conventionnés :
 - 188 748 personnes affectées aux programmes-services, ce qui inclut notamment 111 553 infirmières, infirmières auxiliaires ou préposés aux bénéficiaires et 57 640 techniciens ou professionnels de la santé et des services sociaux ;
 - 77 455 personnes affectées aux programmes-soutien ou membres du personnel d'encadrement.

De plus, en 2012-2013, 29 685 professionnels ont reçu une rémunération de la RAMQ, dont 8 509 médecins omnipraticiens, 9 527 médecins spécialistes et 3 484 médecins résidents.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les organisations régionales

Le Ministère exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec dix-huit autorités régionales qui veillent à l'organisation des services sur leur territoire respectif et qui ont une préoccupation particulière en matière de santé publique, d'allocation budgétaire, de planification des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés. On compte quinze agences de la santé et des services sociaux. Les autres organisations régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Les établissements

Les établissements offrent des services généraux et spécialisés à la population qui correspondent aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces missions sont celles d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre de réadaptation (CR) ainsi que d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). Selon leur nature, les services offerts par les établissements sont accessibles sur le plan local, régional ou national.

Au 31 mars 2014, le réseau de la santé et des services sociaux comprenait 268 établissements : 180 étaient publics et 88, privés. Ces établissements gèrent 1 681 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 180 établissements publics se répartissent en 93 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et 87 établissements hors CSSS.

Les 93 CSSS comprennent tous un CLSC et 92 d'entre eux exploitent des missions multiples :

- 91 assument également la mission d'un CHSLD ;
- 78, celle d'un CH ;
- 11, celle d'un CR.

Pour leur part, les 87 établissements publics hors CSSS se distribuent ainsi :

- 67 assurent, de façon unique ou multiple, les missions d'un CR, d'un CHSLD ou d'un CH ;
- 16 centres jeunesse assument à la fois la mission d'un CPEJ et celle d'un CR ;
- 4 établissements, situés dans les régions nordiques, assument toutes les missions.

Cinq établissements publics sont désignés centres hospitaliers universitaires. De plus, douze établissements sont désignés instituts universitaires ; on en compte sept dans le secteur de la santé et cinq dans le secteur social. Enfin, quatorze établissements ont une désignation de centre affilié universitaire, soit quatre établissements assumant les missions d'un CH et d'un CHSLD ainsi que dix CSSS.

Quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) favorisent la concertation, la complémentarité ainsi que l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche dévolues aux établissements de santé et aux universités auxquelles ceux-ci sont affiliés.

Les cliniques médicales, les organismes communautaires et les autres ressources complémentaires

Outre les ressources institutionnelles mentionnées plus haut, d'autres acteurs contribuent à la réalisation de la mission du système québécois de santé et de services sociaux. Il s'agit plus particulièrement :

- de 1 946 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 258 groupes de médecine de famille (GMF);
- de 1 817 pharmacies communautaires;
- de services préhospitaliers d'urgence totalisant 682 ambulances et 67 véhicules de remplacement;
- de 3 662 organismes communautaires et de 102 entreprises d'économie sociale en aide domestique;
- de 2 194 ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupe, etc.) et de 6 259 ressources de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) rattachées aux établissements publics;
- de 1 947 résidences privées pour aînés.

Les partenaires du domaine sociosanitaire

Au nombre des partenaires majeurs très actifs dans le secteur de la santé et des services sociaux figurent notamment :

- plusieurs organismes qui défendent les intérêts des différents groupes d'utilisateurs;
- des ordres professionnels qui assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques;
- plusieurs associations et organisations qui représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les employés du secteur de la santé et des services sociaux ou des fédérations médicales;
- des regroupements d'assureurs et ceux de l'industrie pharmaceutique, conformément au Régime général d'assurance médicaments.

Enfin, afin de remplir leur mission, le Ministère et son réseau entretiennent des relations directes avec des acteurs agissant, sur le plan local, régional ou national, dans différents secteurs d'activité (éducation, habitation, revenu, environnement, transport, etc.).

LES RÉSULTATS

La deuxième partie traite des résultats atteints en 2013-2014 au regard des engagements ciblés dans le Plan stratégique 2010-2015, le Plan d'action de développement durable 2009-2015 et la Déclaration de services aux citoyens¹.

2.1 Le Plan stratégique 2010-2015

Cette section fait état des résultats relatifs aux objectifs du Plan stratégique 2010-2015 du Ministère : les résultats y sont regroupés en fonction des enjeux de ce plan. Il importe de mentionner que cette section ne porte pas sur l'ensemble des objectifs, mais seulement sur ceux pour lesquels des engagements étaient prévus et des données disponibles en 2013-2014.

Les renseignements, qui ont une portée nationale, proviennent soit directement du Ministère, soit de la compilation de données recueillies dans les régions. Pour prendre connaissance des résultats régionaux, il faut consulter les rapports annuels de gestion produits par les agences de la santé et des services sociaux.

Enfin, l'annexe II présente l'évolution des résultats au regard des objectifs du Plan stratégique 2010-2015.

1. Les données relatives aux régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses dans le présent rapport, à moins d'indications contraires, car les caractéristiques sociosanitaires et administratives de ces territoires exigent la prestation de services distincts dont le suivi ne peut se faire au moyen des indicateurs utilisés dans les autres régions. Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James est mentionné en tant qu'agence de santé et de services sociaux afin de simplifier la lecture des résultats.

ENJEU 2

LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Orientation 2.1

Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

AXE : **SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS**

Objectif 2.1.1

Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (en GMF ou hors GMF)	62 %	65 %	70 % de la population d'ici 2015

L'inscription auprès d'un médecin de famille qui pratique dans un groupe de médecine de famille (GMF) ou hors GMF s'adresse à toute la population. Au 31 mars 2014, plus de trois millions de personnes (42 % de la population du Québec) étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant dans un GMF et le nombre dépasse cinq millions de personnes (65 % de la population du Québec) si l'on y ajoute celles qui sont inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF.

Objectif 2.1.2

Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Nombre total de GMF implantés	253	258	300 GMF d'ici 2015
Pourcentage des médecins de famille qui pratiquent en GMF (ou modèles équivalents)	55 %	55 %	70 % des médecins de famille d'ici 2015

Depuis 2002, les GMF incarnent le modèle d'organisation des soins et des services de santé de première ligne au Québec. Leur implantation vise à faciliter l'accès à un médecin de famille ainsi qu'à améliorer la qualité et la continuité des soins médicaux généraux offerts à la population.

Au 31 mars 2014, on comptait 258 GMF au Québec, ce qui représente 86 % de la cible. En 2013-2014, 5 nouveaux GMF ont été implantés, comparativement à 14 l'année précédente, et 18 sites cliniques ont été ajoutés à des GMF existants. La totalité des GMF se répartissent sur plus de 630 sites cliniques et regroupent près de 4 200 médecins, soit environ 55 % des médecins de famille qui travaillent au sein

d'un cabinet médical, dans un centre local de services communautaires (CLSC) ou dans une unité de médecine familiale (UMF). De plus, près de 600 infirmières sont en poste dans les 258 GMF. Une nouvelle mesure a permis de consolider les équipes interprofessionnelles dans les GMF en autorisant l'ajout de 187 professionnels supplémentaires (équivalent temps plein) dans 61 GMF. Enfin, 93 centres de santé et de services sociaux ont conclu un partenariat avec des GMF en vertu d'ententes.

La création et le rythme de l'implantation de nouveaux GMF dépendent, entre autres facteurs, de la volonté des intervenants cliniques de s'organiser selon les modalités du groupe de médecine de famille. L'adoption de ce modèle d'organisation des services est à l'initiative des médecins de famille qui pratiquent dans les différents milieux. En conséquence, le succès du modèle repose en bonne partie sur l'appropriation volontaire de celui-ci par les médecins de famille. La promotion des GMF se poursuit dans les différentes régions du Québec.

Des démarches sont également en cours afin de mobiliser tous les médecins de famille qui pratiquent dans les UMF et les CLSC pour l'adhésion au modèle GMF.

Par ailleurs, depuis 2007-2008, le Ministère accorde un soutien financier à la création de cliniques-réseau. Celles-ci offrent des services 7 jours sur 7. Outre les heures d'accessibilité, les services offerts par les cliniques-réseau peuvent varier d'une région à l'autre, car il s'agit d'un modèle régional d'organisation des services de santé. Les cliniques-réseau offrent, entre autres, des services sans rendez-vous aux personnes n'ayant pas de médecin de famille. Au 31 mars 2014, 50 cliniques-réseau étaient accréditées dans neuf régions du Québec.

Objectif 2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Nombre total d'IPS en soins de première ligne et offrant des services de première ligne	145	197	250 IPS d'ici 2015

Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne contribuent à l'amélioration de la prise en charge et du suivi des clientèles de tous âges en donnant des soins infirmiers et certains soins médicaux. Elles prescrivent des examens diagnostiques, des médicaments ou d'autres substances et des traitements médicaux, utilisent des techniques diagnostiques invasives et appliquent des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Au 31 mars 2014, 197 IPS (169 IPS certifiées et 28 candidates IPS) en soins de première ligne offraient des services à la population, ce qui représente 79 % de la cible. La difficulté à atteindre l'objectif est causée en partie par l'écueil rencontré par les universités lorsqu'il leur faut trouver des milieux de stage pour les étudiantes. On constate des admissions annuelles d'environ 60 étudiantes, alors qu'il en était prévu initialement de 80 à 90.

AXE : SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Objectif 2.1.4

Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	63 %	63 %	100 % des régions sociosanitaires d'ici 2015
Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins	87 %	89 % ¹	90 % des appels d'ici 2015

1. Des problèmes liés à une mise à jour majeure du système de téléphonie qui supporte le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) empêchent le versement des données de la période 13 de l'année 2013-2014. Pour cette raison, le résultat apparaissant actuellement pour cette période est le résultat qui correspond aux données cumulatives des périodes 1 à 12.

Le service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, est présentement offert dans dix régions du Québec : Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean (qui dessert aussi la région du Nord-du-Québec), Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Laurentides et Montérégie. Les régions où le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) n'est pas mis en place ou l'est partiellement effectuent à l'heure actuelle des travaux pour offrir le service.

En ce qui concerne le pourcentage des appels à ce service auxquels on a répondu dans le délai de quatre minutes ou moins, quatre régions sur dix atteignent la cible fixée à 90 % des appels. Quant aux autres régions, elles sont près de cette cible.

En 2013-2014, la consolidation ou le développement du service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux se sont poursuivis en tenant compte des particularités régionales, notamment l'arrimage avec les organismes communautaires et l'organisation des services sociaux généraux dans les centres de santé et de services sociaux.

Orientation 2.2

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

AXE : **JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE**

Objectif 2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté

Un programme d'intervention en négligence

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur	57 %	82 %	100 % des territoires locaux d'ici 2015

Le pourcentage des territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur est passé de 57 % en 2012-2013 à 82 % en 2013-2014, ce qui représente une hausse de 44 %. Au 31 mars 2014, on dénombrait 76 territoires locaux en mesure d'offrir des activités, dans le cadre d'un programme structuré, à des enfants de 0 à 12 ans vivant dans un contexte de négligence ainsi qu'à leurs parents. L'implantation des programmes se poursuit donc bien, et ce, même dans les régions éloignées où doivent être prises en considération les particularités locales.

Un budget récurrent de 10 millions de dollars par année avait été annoncé en 2012 afin de contrer cette forme de maltraitance qui est la plus répandue au Québec. Les programmes sont sous la responsabilité des CSSS en collaboration avec les centres jeunesse et avec la participation des partenaires communautaires.

Un programme d'intervention de crise et de suivi intensif

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace ou jugé prometteur	79 %	77 %	100 % des territoires locaux d'ici 2015

Au 31 mars 2014, 72 territoires de CSSS étaient couverts par un programme visant à résoudre une crise, à éviter le retrait du jeune de son milieu familial et à mobiliser rapidement la famille afin de rééquilibrer la situation. Ces programmes sont sous la responsabilité des CSSS, en collaboration avec le centre jeunesse. Les interventions psychosociales et de réadaptation y sont offertes à court terme et de façon intensive dans le milieu où se situe la crise.

Bien que des services pour répondre aux situations de crise soient offerts dans tous les territoires du Québec, certains CSSS n'ont pas encore implanté les composantes minimales requises pour que leur programme soit jugé prometteur, ce qui explique la diminution de 2 points de pourcentage de la couverture des territoires par rapport à l'année précédente. Les régions où les programmes n'ont pas ou peu été implantés ont intensifié leurs efforts afin de remédier à la situation et pour que la prestation de services débute au cours de l'exercice financier 2014-2015.

Le taux d'enfants resignalés et le taux d'enfants faisant l'objet d'une nouvelle intervention du directeur de la protection de la jeunesse à la suite d'un signalement

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Taux d'enfants resignalés	18 %	18 %	Diminution
Taux d'enfants faisant l'objet d'une nouvelle intervention du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) à la suite d'un signalement	10 %	9 %	Diminution

Les résultats présentés en 2013-2014 sont ceux de la cohorte d'enfants pour qui l'application des mesures a pris fin au cours de l'année 2011-2012. Parmi ceux-ci, 18 % ont fait l'objet d'un signalement et 9 %, d'une nouvelle application des mesures par le DPJ.

Alors que le taux de signalement demeure le même depuis 2012-2013, le taux d'enfants ayant fait l'objet d'une nouvelle application de mesure a diminué de 1 point de pourcentage, soit de 10 à 9 %. Au 31 mars 2014, on pouvait considérer l'objectif atteint pour ces deux taux, l'un d'eux ayant baissé de 2011-2012 à 2012-2013 (signalement), et l'autre ayant diminué entre les années 2012-2013 et 2013-2014 (nouvelle intervention).

Objectif 2.2.4 Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Nombre moyen de déplacements des enfants ¹	1,31 ²	Diminution

1. Cet indicateur calcule principalement les déplacements des enfants pour qui un signalement a été retenu au cours d'une année, depuis le début de leur évaluation jusqu'à la fermeture de leur dossier ou jusqu'à un maximum de trois ans.

2. Il s'agit de la mesure de départ établie pour évaluer l'atteinte de la cible.

En 2013-2014, le nombre moyen de déplacements des enfants a été de 1,31 sur une période de trois ans et correspond à la cohorte d'enfants dont le signalement a été retenu au cours de l'année 2009-2010.

Le nombre moyen de déplacements des enfants sert à établir un indice de leur stabilité en suivant l'évolution des résultats. Cependant, il est trop tôt pour qualifier la diminution apparente du nombre de déplacements des enfants.

Seuls deux types de déplacements sont considérés, soit :

- le changement de ressource de type familial, ressource intermédiaire ou unité de vie d'un centre de réadaptation exploité par le centre jeunesse ;
- le remplacement à la suite d'un échec de réunification avec le milieu familial, dans une des ressources mentionnées au point précédent.

L'ensemble des déplacements que vivent les enfants placés n'est donc pas pris en compte dans ce cas-ci. Sont exclus, notamment, les déplacements dans les familles d'accueil de proximité, les ressources empruntées, les ressources exploitées par les communautés autochtones et les autres ressources non institutionnelles (ex. : organisme communautaire, ressource spécialisée).

Objectif 2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	1 % des jeunes et des adultes du Québec, soit 81 284 personnes	1,1 % des jeunes et des adultes du Québec, soit 89 410 personnes	2 % des jeunes et des adultes d'ici 2015

Le nombre de personnes qui ont reçu des services de santé mentale en première ligne continue de progresser : il est passé de 81 284 personnes en 2012-2013 à 89 410 en 2013-2014. Les efforts de renforcement de la première ligne en santé mentale se déploient dans une majorité de régions, en conformité avec les objectifs stratégiques du Ministère.

Objectif 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu :			
▪ des services de suivi intensif dans le milieu (SIM)	2 467 places, soit 31 places par 100 000 personnes	2 622 places, soit 33 places par 100 000 personnes	100 places par 100 000 personnes d'ici 2015
▪ des services de soutien d'intensité variable (SIV)	3 930 places, soit 49 places par 100 000 personnes	3 972 places, soit 49 places par 100 000 personnes	250 places par 100 000 personnes d'ici 2015

Le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le soutien d'intensité variable (SIV) visent la réadaptation et le rétablissement des adultes atteints d'un trouble mental grave et favorisent leur maintien dans la communauté. Le suivi SIM est assuré par des équipes interdisciplinaires, tandis que le SIV s'adresse aux personnes présentant moins de difficultés de fonctionnement et est coordonné par un intervenant pivot.

Les résultats indiquent une légère progression du nombre de places dans les services du SIM, nombre qui a augmenté de 2 467 en 2012-2013 à 2 622 en 2013-2014 (soit de 31 à 33 places par 100 000 personnes – jeunes et adultes). Le nombre de places offertes par les CSSS en SIV, quant à lui, est demeuré relativement stable : il est passé de 3 930 en 2012-2013 à 3 972 en 2013-2014 (soit 49 places par 100 000 personnes). Il faut cependant préciser que le nombre de places de ce dernier type est en fait plus élevé, puisque celles qui sont offertes par les organismes communautaires ne sont pas comptabilisées par le Ministère pour le moment.

Objectif 2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	5 602	6 820	Augmentation

Au cours de l'année 2013-2014, 6 820 personnes (jeunes et adultes éprouvant des difficultés liées à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent) ont reçu, dans l'un ou l'autre des CSSS, des services. Il s'agit d'une augmentation de près de 22 % par rapport à l'année 2012-2013. Cette hausse peut être attribuable à la mise en place progressive dans les CSSS de l'offre de service en dépendance. Il est à noter que les personnes rejointes sont principalement des adultes, puisque 6 041 d'entre eux ont reçu de tels services, comparativement à 779 jeunes.

En 2013-2014, les CSSS ont poursuivi le déploiement d'un ensemble de mesures en vue de favoriser l'augmentation du nombre de jeunes et d'adultes qui reçoivent de tels services. Parmi ces mesures, mentionnons la désignation d'intervenants assignés aux dépendances, l'utilisation d'approches ou de programmes reconnus efficaces, tels que le programme Alcochoix+, ainsi que la formation des intervenants sur la détection et l'intervention précoce.

Orientation 2.3

Répondre aux besoins d'une population vieillissante

AXE : RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

Objectif 2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du Ministère

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	68 %	74 %	70 % à l'échelle du Québec d'ici 2015

La mise en œuvre des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) représente le moyen retenu pour mieux coordonner les services à l'intérieur d'un continuum de services de santé et de services sociaux destinés à la population vieillissante. Pour ce faire, les établissements doivent implanter neuf composantes à ce sujet.

Le résultat obtenu pour l'année 2013-2014 concernant le degré d'implantation est de 74 % en moyenne pour l'ensemble du Québec. La cible est donc atteinte. Cependant, bien qu'une progression importante soit observable sur le plan provincial par rapport à l'an dernier, plusieurs CSSS doivent toujours relever le défi d'atteindre la cible de 70 %, tandis que pour les autres qui ont déjà atteint ou dépassé la cible, l'enjeu demeure de conserver et d'améliorer le résultat.

AXE : ADAPTATION DES SERVICES

Objectif 2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place 4 des 6 composantes liées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée ¹	5 %	60 % des centres hospitaliers d'ici 2015

1. Ce libellé a été modifié depuis la publication du Plan stratégique 2010-2015 afin de préciser la nature de l'approche préconisée et le nombre de composantes à implanter.

L'approche adaptée à la personne âgée est le moyen préconisé pour mieux répondre aux besoins des aînés en milieu hospitalier. Cette approche s'adresse aux personnes de 75 ans et plus admises à l'urgence et dans les unités de soins en milieu hospitalier. Elle repose sur six composantes : 1) le soutien à l'implantation ; 2) la gouvernance clinique ; 3) la formation et les activités de *coaching* ; 4) l'algorithme de soins cliniques ; 5) les interventions cliniques ; et 6) l'évaluation de la qualité.

Les résultats au 31 mars 2014 démontrent que 5 % des centres hospitaliers ont mis en place la majorité des composantes de l'approche, soit quatre d'entre elles. En nombre absolu, cela représente 5 milieux hospitaliers sur une possibilité de 96. Toutefois, il est important de mentionner que la majorité des milieux hospitaliers affirme avoir implanté de une à trois composantes sur les six (soit 69 % des milieux hospitaliers).

L'écart entre l'état actuel d'implantation et la cible prévue en mars 2015 s'explique, notamment, par le fait que cette approche nécessite un changement de culture, et ce, dans plusieurs unités d'un même milieu hospitalier. Pour les outiller, différents moyens ont été utilisés : le Cadre de référence de l'approche adaptée à la personne âgée, six modules de formation et guides de coaching, des outils cliniques et de gestion, la Table régionale de répondants régionaux, des conseillers experts cliniques des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), des forums, etc.

Orientation 2.4

Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

AXE : SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Objectif 2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	10 472 838 heures Augmentation de 11 % par rapport à 2009-2010	11 643 858 heures Augmentation de 23 % par rapport à 2009-2010	Augmentation de 22 % d'ici 2015 ¹

1. Un budget de développement a été accordé en 2011-2012 et en 2013-2014 pour augmenter le nombre d'heures de services de soutien à domicile, ce qui a amené le Ministère à revoir sa cible, qui se situe, pour l'année 2014-2015, à 22 %. La situation de départ avait été établie à 9,5 millions d'heures de services en 2009-2010.

Le soutien à domicile de longue durée permet aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement de rester dans leur milieu de vie, ainsi que de retarder et parfois d'éviter un hébergement institutionnel.

En 2013-2014, le nombre d'heures de service rendues se situe à plus de 11,6 millions, ce qui a permis d'atteindre la cible. Cela équivaut à une augmentation de 23 % par rapport à 2009-2010 – année de départ où près de 9,5 millions d'heures de service avaient été comptabilisées – et de 11 % par rapport aux résultats obtenus en 2012-2013, lesquels totalisaient près de 10,5 millions d'heures.

À l'échelle régionale, les résultats escomptés sont atteints, sauf dans six régions. Un suivi serré est réalisé auprès de celles-ci, notamment par l'intermédiaire d'un bilan régional relatif au Plan d'action sur l'optimisation du soutien à domicile que chacune des régions dépose annuellement.

L'atteinte de la cible, et même son dépassement, a été possible grâce aux efforts d'optimisation fournis par l'ensemble des CSSS depuis la publication du Plan stratégique 2010-2015 et à l'ajout de budget de développement. Afin d'augmenter le nombre d'heures de services de soutien à domicile, un budget de développement récurrent de 40 millions de dollars a été accordé en 2011-2012. En 2013-2014, un montant de 110 millions de dollars s'est ajouté, ce qui porte à 150 millions de dollars le budget supplémentaire récurrent octroyé.

ENJEU 3

UN DÉLAI RAISONNABLE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

AXE : **SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION**

Objectif 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Pourcentage des demandes de services traitées dans les délais établis :			
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours	65 %	72 %	90 % des personnes d'ici 2015
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 33 jours en CSSS et 97 jours en CR	82 %	84 %	90 % des personnes d'ici 2015
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 360 jours	90 %	90 %	90 % des personnes d'ici 2015

En juin 2008, le Ministère lançait le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble. À cet effet, il a octroyé un budget de 110 millions de dollars récurrents. En 2012-2013, 35 millions de dollars récurrents sur une base annuelle ont été annoncés pour améliorer l'accès aux services, ainsi qu'un investissement récurrent de 10 millions de dollars ciblant particulièrement les jeunes adultes en 2013-2014.

Dans le cas des personnes dont la demande est de niveau de priorité « urgente », 72 % des demandes de services ont été traitées dans les délais établis pour l'ensemble des établissements et des déficiences, soit 80 % de la cible comparativement à 65 % en 2012-2013.

Concernant les personnes dont la demande est de niveau de priorité « élevée », 84 % des demandes de services ont été traitées dans les délais établis pour l'ensemble des établissements et des déficiences, soit 93 % de la cible comparativement à 82 % en 2012-2013.

En ce qui a trait aux personnes dont la demande est de niveau de priorité « modérée », le résultat se maintient à 90 % des demandes de services traitées dans les délais établis pour l'ensemble des établissements et des déficiences. La cible fixée pour 2015 est atteinte en 2013-2014.

Les résultats de 2013-2014 indiquent une amélioration par rapport à 2012-2013, dans un contexte d'implantation continue des différents standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble. L'amélioration des délais d'accès est la résultante de l'implantation des autres composantes du Plan d'accès, qui a pour objet l'optimisation et l'harmonisation des processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services.

En vue d'améliorer l'accès aux services et d'atteindre les cibles prévues, un plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité, qui inclut une planification jusqu'en 2015, permet aussi une évaluation continue des processus d'accès en cours de réalisation dans l'ensemble du Québec.

Objectif 3.1.2 Assurer, aux personnes ayant une dépendance, un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	73 %	75 %	80 % des personnes d'ici 2015

L'évaluation spécialisée dans un centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance s'adresse à celles qui sont susceptibles de présenter des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent.

En 2013-2014, 75 % des usagers de ces centres ont été évalués à l'intérieur d'un délai de quinze jours ouvrables ou moins, soit 94 % de la cible. Cela représente une augmentation de 2 points de pourcentage comparativement à l'exercice précédent. Les centres de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance se sont dotés de moyens pour atteindre progressivement la cible. Parmi ceux-ci, mentionnons la mise en place d'un mécanisme d'accès en concertation avec les partenaires du milieu, l'assignation de personnel à l'évaluation et la formation des évaluateurs.

AXE : MÉDECINE ET CHIRURGIE

Objectif 3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour :			
▪ une chirurgie d'un jour	92 %	91 %	90 %
▪ une chirurgie avec hospitalisation	95 %	95 %	90 %
▪ une arthroplastie totale de la hanche	80 %	82 %	90 %
▪ une arthroplastie totale du genou	77 %	79 %	90 %
▪ une chirurgie de la cataracte	96 %	97 %	90 %
▪ une chirurgie bariatrique	66 %	62 %	90 %
▪ l'ensemble des demandes ¹	93 %	93 %	90 %

1. Cet indicateur a été ajouté à titre indicatif. L'ensemble des demandes de chirurgies traitées est une information fournie depuis 2011-2012.

En 2013-2014, la proportion de l'ensemble des demandes de chirurgies réalisées à l'intérieur de six mois est restée sensiblement la même qu'en 2012-2013, soit autour de 93 %. Un effort particulier a été demandé aux établissements du réseau au cours de la dernière année pour qu'ils traitent prioritairement les demandes en attente depuis plus de deux ans, ce qui a permis d'en diminuer le nombre de 48 % (soit de 1 836 à 957). Plus précisément, dans le cas des demandes en attente depuis plus de trois ans, la liste a chuté de 403 à 154, soit une diminution de 62 %. Le nombre total de chirurgies effectuées, quant à lui, a augmenté de 4 % : il est passé de 454 086 à 470 864.

Au cours de l'année budgétaire, certaines catégories de chirurgie, qui ne sont pas historiquement problématiques, ont atteint la cible prévue. Le pourcentage des demandes relatives à une chirurgie d'un jour traitées à l'intérieur de six mois a légèrement diminué, soit de 92 à 91 %. Le pourcentage des demandes pour la chirurgie avec hospitalisation traitées dans les délais demeure à 95 % cette année. La proportion des demandes de chirurgie de la cataracte réalisées à l'intérieur de six mois a augmenté ainsi que le nombre de chirurgies effectuées.

Pendant la même période, le traitement des demandes relatives aux arthroplasties de la hanche et du genou et de la chirurgie bariatrique ne correspond pas à la cible, notamment en raison de la préparation particulière que nécessitent ces types d'intervention et de la forte augmentation des volumes de production au cours des dernières années. Cependant, la proportion des demandes traitées à l'intérieur de six mois pour des arthroplasties de la hanche et du genou s'est améliorée respectivement de 2 % par rapport à l'année dernière. Enfin, la proportion des demandes de chirurgie bariatrique traitées à l'intérieur de six mois a diminué de 66 à 62 %. Au cours de l'année, 2 586 chirurgies bariatriques ont été effectuées, ce qui représente une hausse de 573 demandes (28 %) par rapport à 2012-2013.

Objectif 3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis

Les demandes de services en hémodynamie

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en :			
Hémodynamie ¹			
▪ catégorie A	94 %	91 %	100 %
▪ catégorie B	91 %	85 %	90 %

1. Hémodynamie : catégorie A : moins de deux semaines ; catégorie B : de deux semaines à deux mois.

Pour le secteur de l'hémodynamie, le nombre de demandes traitées à l'intérieur des délais a diminué à 91 % pour les demandes faisant partie de la catégorie A et à 85 % pour la catégorie B. Cela s'explique en partie par l'augmentation de la demande pour ce type de procédure. Par comparaison avec l'année dernière, 1 288 procédures supplémentaires ont été réalisées cette année dans ce secteur d'activité, ce qui représente une progression d'environ 3 %. Au total, 40 073 demandes ont été réalisées au Québec.

Les demandes de services en chirurgie cardiaque

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en : Chirurgie cardiaque ¹			
▪ catégorie A	86 %	86 %	100 %
▪ catégorie B	67 %	70 %	90 %

1. Chirurgie cardiaque : catégorie A : moins de deux semaines ; catégorie B : de deux semaines à trois mois.

Le nombre de demandes traitées dans les délais reste plutôt stable dans les deux catégories soit 86 % pour la catégorie A et 70 % pour la catégorie B. En 2013-2014, l'augmentation des demandes réalisées se situe à 4 % par rapport à l'année dernière, ce qui représente 300 demandes de plus. Au total, 7 039 demandes ont été traitées.

Les demandes de services en électrophysiologie

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en : Électrophysiologie ¹			
▪ catégorie A	71 %	77 %	100 %
▪ catégorie B	45 %	46 %	75 %

1. Électrophysiologie : catégorie A : moins de 48 heures ; catégorie B : de 48 heures à trois mois (excluant les cardiostimulateurs).

Pour la dernière année, 9 864 demandes ont été réalisées (incluant les cardiostimulateurs), soit une augmentation de 4 % en comparaison des résultats de l'année dernière. Le pourcentage des demandes traitées dans les délais de catégorie A, soit les plus urgentes, est en progression et se situe à 77 % si l'on exclut les cardiostimulateurs et à 81 % lorsque sont inclus les cardiostimulateurs. Le pourcentage des demandes réalisées dans les délais pour la catégorie B reste stable, c'est-à-dire 46 % pour la clientèle élective. Les écarts par rapport aux cibles s'expliquent en partie par la hausse de la demande pour ce type de procédure. De nouveaux plateaux techniques ont été mis en place au cours des dernières années, ce qui se traduit par un accroissement de la production d'environ 3 067 demandes durant les six dernières années.

Objectif 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

INDICATEURS	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	98 %	99 %	90 % des personnes d'ici 2015
Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en chirurgie oncologique	Non disponible	59 %	90 % des personnes d'ici 2015

En 2013-2014, la proportion des patients ayant besoin d'un traitement de radio-oncologie qui ont été traités à l'intérieur du délai de quatre semaines à partir de la date où ils étaient médicalement prêts s'est située au-delà de la cible, le taux grimpa jusqu'à 99 %.

En ce qui concerne le résultat pour la chirurgie oncologique, 59 % des personnes ont été traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours, ce qui représente une atteinte de 66 % de la cible prévue pour 2015. À l'échelle régionale, il est toutefois à noter que certaines régions progressent bien : sept d'entre elles ont atteint les objectifs qu'elles s'étaient donnés pour 2013-2014 en vue d'atteindre la cible de 2015. De même, en collaboration avec les agences, le Ministère assure un suivi important auprès des établissements et leur offre du soutien en vue d'atteindre cette cible.

AXE : URGENCES

Objectif 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière	24,0 %	22,7 %	Au plus, 15 % des séjours d'ici 2015
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	6,7 %	5,9 %	Moins de 1 % des séjours d'ici 2015
Séjour moyen sur civière	17,5 heures	16,7 heures	12 heures ou moins

Les systèmes d'information utilisés dans les urgences permettent d'obtenir au quotidien des données concernant la situation dans 104 urgences. Le nombre de visites comptabilisées (ambulatoires et sur civière) se chiffre à 3 488 660 pour l'année 2013-2014.

On observe une amélioration des résultats cette année par rapport à l'exercice précédent. Le pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière a connu une diminution de 24 à 22,7 %, le pourcentage des séjours de 48 heures et plus a diminué de 6,7 à 5,9 % et le séjour moyen sur civière est passé de 17,5 à 16,7 heures.

Pour expliquer ces résultats, il importe de suivre de près l'achalandage des unités d'urgence. Il faut considérer cette année une augmentation de 2,0 % du nombre d'utilisateurs sur civière par rapport à l'année 2012-2013, comme l'indique le tableau sur les écarts. Près de la moitié de ces utilisateurs sont arrivés en ambulance (44,7 %) et leur nombre total a connu une hausse de 0,8 % au cours de l'exercice 2013-2014. En outre, les personnes de 75 ans ou plus représentaient un peu plus du quart des patients sur civière (26,4 %) et leur nombre a augmenté de 1,6 %. On estime que les utilisateurs sur civière répondant aux deux critères mentionnés plus haut (arrivés en ambulance et âgés de 75 ans ou plus) ont besoin davantage de soins et de services.

En collaboration avec les agences, le Ministère assure un suivi intensif auprès des urgences en difficulté afin de les soutenir dans la définition d'objectifs de redressement. De plus, les travaux du Comité ministériel de coordination du désencombrement des urgences se poursuivent. Ce comité détermine, avec les établissements et les agences, les solutions à appliquer en amont et en aval des urgences pour améliorer l'accès aux lits de courte durée et aux soins de première ligne ainsi que la fluidité entre les partenaires du réseau.

L'achalandage des unités d'urgence

ANNÉES	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ARRIVÉS EN AMBULANCE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ≥ 75 ANS
2012-2013	1 083 761	489 692	287 074
2013-2014	1 105 001	493 768	291 646

Les écarts entre 2012-2013 et 2013-2014

COMPARAISON	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ARRIVÉS EN AMBULANCE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ≥ 75 ANS
Écart en nombre	21 240	4 076	4 572
Taux de variation	2,0 %	0,8 %	1,6 %

AXE : SANTÉ MENTALE

Objectif 3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Nombre total d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours ¹	6 558 usagers, soit une augmentation de 1 163 par rapport à 2009-2010	5 549 usagers, soit une augmentation de 154 usagers comparativement à 2009-2010	Diminution

1. L'indicateur inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 est le suivant : « Pourcentage de personnes dont les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne ont débuté à l'intérieur de 60 jours ». Actuellement, cette donnée n'est pas disponible. L'indicateur présenté fait partie des indicateurs de gestion suivis par le Ministère en 2012-2013 en vertu des ententes de gestion et d'imputabilité qu'il a signées avec les agences.

Le nombre de personnes qui attendent des services spécialisés de santé mentale depuis plus de 60 jours est moindre en 2013-2014 qu'en 2012-2013 : il a atteint cette année 5 549 usagers. Cette donnée représente le cumul des personnes en attente depuis plus de 60 jours à chaque période financière de l'année.

Le développement actuel des services dans le milieu et en première ligne de même que les révisions de processus relatives aux mécanismes d'accès en psychiatrie peuvent contribuer à l'amélioration des résultats relatifs à cet indicateur.

ENJEU 4

LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION

Orientation 4.1

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

AXE : CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Objectif 4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis :			
▪ Diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>	84 %	78 %	90 % des CHSGS d'ici 2015
▪ Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	85 %	97 %	90 % des CHSGS d'ici 2015
▪ Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	96 %	96 %	90 % des CHSGS d'ici 2015

L'implantation des programmes de surveillance dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés se poursuit, selon les échéanciers prévus, en conformité avec le Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec 2010-2015. Regroupés sur la base de caractéristiques communes, les centres visés ont un taux cible (seuil) à respecter.

Les diarrhées à *Clostridium difficile* font l'objet d'une surveillance obligatoire dans 89 installations de courte durée. Les installations ciblées sont celles qui comptabilisent 1 000 admissions et plus par année en soins de courte durée, excluant les admissions en psychiatrie, en pouponnière et en néonatalogie. En 2013-2014, 69 installations ont un taux annuel d'incidence inférieur ou égal au seuil établi, soit 6 installations de moins qu'en 2012-2013. L'utilisation grandissante d'un test de laboratoire plus sensible pourrait expliquer, en partie, le dépassement du seuil établi par un plus grand nombre d'installations.

Les bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ont été suivies systématiquement dans 88 installations en 2013-2014. Celles-ci enregistrent 1 000 admissions et plus par année pour des soins de courte durée, y compris les soins intensifs néonataux. Les unités de soins de longue durée, de psychiatrie et la pouponnière sont exclues. En 2013-2014, 97 % (85/88) des installations respectent le taux d'incidence ciblé comparativement à 85 % (76/89) l'année précédente. Bien qu'une partie de l'amélioration des résultats puisse être liée à une modification de la définition de l'infection, il n'en demeure pas moins que l'on observe une diminution réelle du nombre de bactériémies déclarées.

Quant à la surveillance des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs, elle est obligatoire dans les installations ayant des unités de soins intensifs de dix lits ou plus, mis à part les unités de soins coronariens. En 2013-2014, 44 des 46 unités soumises au programme de surveillance, soit 96 % d'entre elles, ont un taux annuel d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour leur catégorie. Le pourcentage est identique à celui de l'année précédente et la cible a été atteinte.

La mise en œuvre du Plan d'action 2010-2015 contribue à l'amélioration des pratiques ayant un impact sur les taux d'infection. À titre d'exemple, mentionnons l'élaboration et le développement de mesures de prévention et de contrôle dans les différentes sphères d'activité, notamment l'hygiène et la salubrité, le retraitement des dispositifs médicaux, l'immobilisation et la formation des différents intervenants.

Orientation 4.2

Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux

AXE : CRÉNEAUX D'EXPERTISE ET FORMATION

Objectif 4.2.1 Identifier dans chaque établissement les créneaux d'expertise en services de santé et en services sociaux dans une perspective de complémentarité entre les établissements ayant une mission universitaire

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014 ¹	CIBLE
Créneaux d'expertise identifiés	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %	2010 à 2015

1. Les résultats des services de santé ne sont pas disponibles en 2012-2013 et 2013-2014.

Dans le secteur des services sociaux, cinq établissements ont une désignation d'institut universitaire et six, de centre affilié universitaire. Tous ces établissements ont identifié leurs créneaux d'expertise en services sociaux.

AXE : ÉVALUATION ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Objectif 4.2.3 Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013 ¹	RÉSULTATS 2013-2014 ¹	CIBLES
Pourcentage d'établissements avec désignation universitaire ayant mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %	100 % d'ici 2015
Inventaire des activités accomplies en transfert des connaissances destinées au réseau réalisé	Services sociaux : inventaire réalisé	Services sociaux : inventaire réalisé	Réalisation dans le cadre du Plan stratégique 2010-2015

1. Pour les deux indicateurs, les résultats concernant les services de santé ne sont pas disponibles en 2012-2013 et 2013-2014.

Au 31 mars 2014, les onze établissements ayant une désignation universitaire (100 %)² dans le secteur des services sociaux avaient mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances, laquelle inclut notamment l'identification des personnes responsables ainsi que les renseignements sur la réalisation des activités à ce sujet. De plus, chacun des établissements a dressé la liste de ses réalisations au regard du transfert de connaissances, ce qui permet ainsi d'en apprécier la diversité. Parmi celles-ci, on retrouve la publication d'articles scientifiques, la réalisation de projets de recherche en partenariat et la production de guides de pratique.

Objectif 4.2.4 Assurer la réalisation d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ou de pratique) en santé et en services sociaux dans les établissements ayant une désignation universitaire

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Nombre de projets d'évaluation réalisés par les unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux	11 projets	6 projets	Augmentation

La réalisation de projets d'évaluation des modes de pratique en services sociaux concerne seulement les instituts universitaires assujettis à cet objectif. L'indicateur permet de suivre l'évolution du travail accompli au sein des unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux. Au 31 mars 2014, six projets ont été réalisés.

Il faut interpréter les résultats avec prudence. Le nombre de travaux complétés peut subir l'influence de la complexité des évaluations réalisées. La production d'un rapport classique (évaluation complexe) peut prendre plus de temps et nécessiter davantage de ressources que la rédaction d'un avis d'évaluation. Ainsi, un nombre moins élevé d'évaluations réalisées par les instituts universitaires ne signifie pas nécessairement que les unités d'évaluation des établissements ont été moins performantes.

2. Pour obtenir du ministre une désignation universitaire (institut universitaire ou centre affilié universitaire), les établissements qui en font la demande doivent satisfaire aux critères énoncés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, dans le Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux et dans les guides d'interprétation des critères de désignation à titre de centre affilié universitaire ou d'institut universitaire dans le domaine social.

Orientation 4.3

Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

AXE : DOSSIERS CLINIQUES INFORMATISÉS

Objectif 4.3.1 Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements

Les dossiers médicaux électroniques

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013 ²	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE ³
Cycle d'homologation d'un nombre limité de solutions informatiques de DME réalisé ¹	2 ^e cycle réalisé, qui a permis d'homologuer 8 solutions de DME	3 ^e cycle réalisé, qui a permis d'homologuer 9 solutions de DME	4 cycles d'homologation de DME réalisés d'ici 2015

1. Ce libellé a été modifié légèrement en 2013-2014 pour être plus représentatif de la situation. Auparavant, il se lisait comme suit : «Processus de qualification d'un nombre limité de solutions informatiques de DME réalisé».
2. Le résultat de 2012-2013 a été reformulé légèrement en cohérence avec l'indicateur.
3. La cible a été reformulée en cohérence avec l'indicateur. Elle a également été rehaussée de trois à quatre cycles d'ici 2015.

Le dossier médical électronique est une application informatique se rattachant au dossier médical d'un patient utilisé par les professionnels de la santé dans les cliniques médicales. Il sert à colliger, à organiser, à visionner et à communiquer l'information clinique et sociodémographique sur le patient. Le processus d'homologation des DME est réalisé par l'entremise d'un appel d'homologation coordonné par le Bureau de certification et d'homologation du Ministère en collaboration avec le Centre de services partagés du Québec.

Au cours de l'année, neuf solutions informatiques de DME ont été homologuées. Cette période correspond à la dernière année du processus lancé en 2011-2012.

En 2013-2014, un nouveau processus d'appel d'homologation a été adopté afin de garantir la pérennité des acquis de l'homologation et s'appliquera dès 2014-2015. Pour accompagner celui-ci, une politique propre à l'homologation des solutions de DME a été rédigée et mise en place au cours de l'année.

Les dossiers cliniques informatisés

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des établissements qui utilisent une solution informatique de DCI complète ou partielle ¹	31 % ²	52 %	50 % des établissements visés d'ici 2015

1. La méthode de calcul de cet indicateur a été modifiée afin de mieux rendre compte de la situation. Elle inclut maintenant les solutions de DCI complètes et partiellement implantées, car elles sont toutes les deux utilisables.
2. Le résultat de 2012-2013 a été modifié cette année en cohérence avec l'ajustement de l'indicateur.

Le dossier clinique informatisé (DCI) est un dossier médical du patient tenu par un établissement hospitalier. Il contient tous les renseignements consignés par les cliniciens de cet établissement au moment d'une consultation, au cours d'une période de traitement ou pendant une hospitalisation. Le partage des renseignements inscrits est limité à ces seuls cliniciens, à moins que le patient n'ait donné son consentement pour que d'autres personnes y aient accès. Les établissements ciblés pour l'utilisation d'une solution relative au DCI sont les CSSS, ainsi que 27 centres hospitaliers répartis dans toutes les régions du Québec.

Au cours de l'année, on a observé une augmentation des résultats en comparaison de l'année 2012-2013. En effet, 52 % des établissements ciblés utilisent une solution DCI complète ou partielle, soit un total de 62, comparativement à 31 % en 2012-2013. Treize d'entre eux utilisent une solution de DCI complètement implantée et 49 ont partiellement implanté un DCI.

ENJEU 5

L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES

Orientation 5.1

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

AXE : **DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE MÉDICALE**

Objectif 5.1.1

Assurer une répartition équitable des postes de résidence entre la médecine de famille et la médecine spécialisée

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des postes de résidence comblés par des étudiants inscrits dans un programme de médecine familiale	46 %	46 %	50 % des postes d'ici 2015

En 2013-2014, 794 nouveaux résidents ont commencé leur formation postdoctorale dans le contingent régulier; 366 d'entre eux étaient inscrits à un programme de médecine familiale. La situation est restée sensiblement la même par rapport à l'an dernier, le résultat étant de 46 %.

Les mesures de valorisation de la médecine familiale auprès des étudiants se poursuivent pour que la cible prévue en 2015 puisse être atteinte.

Objectif 5.1.2 Assurer une répartition équitable des médecins de famille et spécialistes dans toutes les régions du Québec

Les médecins de famille

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012 ¹	RÉSULTATS 2013 ²	CIBLES
Degré d'atteinte des cibles de recrutement autorisé de médecins en début de pratique au Québec (nouveaux facturants) dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille par catégorie de régions ³ :			
▪ régions éloignées	98 % ⁴	111 %	80 %
▪ régions intermédiaires	82 %	103 %	80 %
▪ régions périphériques	99 % ⁴	100 %	80 %
▪ régions universitaires	100 %	100 %	80 %

1. Les PREM 2012 en médecine de famille et en médecine spécialisée étaient en vigueur du 1^{er} décembre 2011 au 30 novembre 2012.

2. Les PREM 2013 en médecine de famille et en médecine spécialisée étaient en vigueur du 1^{er} décembre 2012 au 30 novembre 2013. À noter qu'en médecine de famille, les résultats pourraient être revus à la baisse puisque les médecins ont jusqu'à 12 mois suivant l'obtention de leur avis de conformité régional pour commencer leur pratique dans la région. Ce délai peut parfois être prolongé dans certaines situations exceptionnelles.

3. Les régions éloignées sont le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Les régions intermédiaires sont le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Mauricie, le Centre-du-Québec ainsi que l'Outaouais. Les régions périphériques sont la Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie. Les régions universitaires sont la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal.

4. Les résultats de 2012 pour les régions éloignées et périphériques ont été revus à la baisse (98 % et 99 %, au lieu de 100 %) en raison d'un désistement.

En ce qui concerne la médecine de famille, la cible de 80 % fixée dans les plans régionaux d'effectifs médicaux est dépassée. Les résultats atteignent 100 % dans plusieurs régions du Québec. Pour les régions intermédiaires et éloignées, les cibles de recrutement selon la catégorie de médecins (nouveaux facturants ou médecins déjà en pratique qui viennent d'une autre région) sont données à titre indicatif dans ces plans. En fonction des occasions qui s'offrent à elles, les autorités d'une région intermédiaire ou éloignée peuvent modifier ces cibles, sans toutefois dépasser le recrutement total autorisé.

Les médecins spécialistes

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012	RÉSULTATS 2013	CIBLES
Degré d'atteinte des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par rapport aux postes autorisés en établissement en médecine spécialisée par catégorie de régions :			
▪ régions éloignées	81 %	82 %	80 %
▪ régions intermédiaires	88 %	90 %	80 %
▪ régions périphériques	90 %	90 %	80 %
▪ régions universitaires	96 %	96 %	80 %

Pour ce qui est des plans régionaux d'effectifs médicaux 2013 en médecine spécialisée, la cible de 80 % a été atteinte ou dépassée dans toutes les catégories de régions. Ces résultats découlent d'une gestion rigoureuse des plans, particulièrement dans les régions universitaires. En outre, la mise en place des réseaux universitaires intégrés de santé favorise une meilleure répartition des effectifs médicaux par des actions concertées entre les milieux universitaires et chacune des agences.

Tant en médecine de famille qu'en médecine spécialisée, le Ministère ainsi que le réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec leurs partenaires, travaillent non seulement pour assurer l'atteinte des cibles régionales, mais aussi pour favoriser une meilleure répartition intrarégionale.

AXE : **DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU**

Objectif 5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	93 %	96 %	100 %

Depuis 2012, le Ministère, les agences et les établissements appliquent le cadre normatif portant sur la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre pour le réseau de la santé et des services sociaux. Ce document encadre et uniformise le processus de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre. Les informations recueillies dans les établissements et les agences à partir des plans locaux et régionaux servent à l'élaboration d'un plan national de planification de la main-d'œuvre.

Le dernier cycle de production a pris fin en décembre 2013. Une grande majorité des établissements et des agences (96 %) ont respecté ce nouveau processus en produisant et en déposant leur plan de main-d'œuvre.

Objectif 5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	89 %	92 %	100 % des établissements d'ici 2015

Depuis 2010-2011, les établissements doivent réaliser des activités portant sur la révision des processus d'organisation des soins, des services et du travail dans une perspective d'utilisation optimale des compétences du personnel et d'amélioration de la performance. Ces activités doivent être menées en collaboration avec le personnel et les différents partenaires concernés, dont les instances syndicales.

Au 31 mars 2014, 92 % des établissements (162/177) avaient terminé au moins une démarche concertée de révision des processus, tant de soins et de services que de réorganisation du travail. Parmi les réalisations, signalons les projets découlant des comités paritaires prévus dans les conventions collectives, les projets de révision des conditions de travail des cadres, les projets d'optimisation des soins à domicile ainsi que divers projets *Lean*.

Objectif 5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Pourcentage des heures supplémentaires :			Diminution de 10 % de la situation prévalant en 2009-2010, soit : 5,12 % des heures travaillées en 2015
▪ infirmières	5,61 %	5,16 %	
▪ ensemble du réseau	3,40 %	3,13 %	3,11 % des heures travaillées en 2015

En 2013-2014, le pourcentage des heures supplémentaires effectuées par les infirmières a diminué de 9,3 % par rapport à la situation qui prévalait en 2009-2010 (5,69 %). Le pourcentage calculé pour l'ensemble du réseau, quant à lui, a été réduit de 9,5 % comparativement à la situation en 2009-2010 (3,46 %).

Objectif 5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers :			Diminution de 25 % de la situation prévalant en 2009-2010 soit : 3,45 % en 2015
▪ infirmières	3,56 %	3,03 %	
▪ infirmières auxiliaires	1,88 %	1,22 %	2,26 % en 2015
▪ préposés aux bénéficiaires	1,24 %	1,04 %	1,38 % en 2015

En 2013-2014, le pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante, en ce qui a trait aux infirmières, a diminué de 34,3 % par rapport à la situation qui prévalait en 2009-2010 (4,61 %). Ce résultat, pour les infirmières auxiliaires, a baissé de 59,5 % pour la même année de référence (3,01 %). Enfin, pour les préposés aux bénéficiaires, il a été réduit de 43,5 % comparativement à 2009-2010 (1,84 %).

LA RÉDUCTION DU TEMPS TRAVAILLÉ EN HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET DU RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

En vue de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante et aux heures supplémentaires, le Ministère a entrepris, au cours des dernières années, des actions qui sont toujours porteuses au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Depuis 2011, les établissements sont soumis aux directives ministérielles encadrant le recours à la main-d'œuvre indépendante. Au cours de l'exercice, le Ministère a accompagné 37 établissements qui avaient recours de façon importante à la main-d'œuvre indépendante et comptabilisaient beaucoup de temps travaillé en heures supplémentaires.

De plus, pour atteindre cet objectif, les établissements ainsi que les agences ont utilisé, comme dans les années précédentes, les leviers d'action découlant de la stratégie ministérielle relative aux soins infirmiers. Ces actions ont aussi été menées dans la perspective d'augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre. Enfin, la réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante et aux heures supplémentaires s'est inscrite dans les projets d'optimisation du réseau visant une meilleure gestion des ressources humaines et financières.

AXE : **DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL D'ENCADREMENT ET ÉVOLUTION DES PRATIQUES DE MANAGEMENT**

Objectif 5.1.7

Réaliser des initiatives novatrices qui visent l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres

INDICATEURS	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Pourcentage des projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien aux cadres	9 projets terminés au 31 mars 2013 (cible atteinte)	Sans objet	100 % des projets
Pourcentage des établissements ayant terminé leurs projets conformément à la deuxième phase du Programme d'amélioration des conditions d'exercice du travail des cadres ¹	Sans objet	Cible atteinte : 100 %, soit 34 établissements qui ont terminé leurs projets en septembre 2013	100 % des établissements participants

1. Cet indicateur est ajouté en 2013-2014 afin de refléter plus exactement la poursuite des actions liées à cet objectif.

La deuxième phase du Programme d'amélioration des conditions d'exercice du travail des cadres a commencé en mars 2012 et s'est terminée en septembre 2013. À l'intérieur de cette période, 32 établissements participants ont réalisé deux projets et deux autres établissements, un seul, pour un total de 66 projets. Lors de la mise en place des changements, les établissements ont contribué précisément :

- à améliorer la démarche d'intégration des nouveaux cadres (outils et activités, etc.);
- à optimiser la performance lors d'un changement organisationnel (fusion et déménagement, notamment);
- à clarifier les rôles et les responsabilités des cadres (gestion de proximité, référentiel de compétences, etc.);

- à optimiser les processus de travail (gestion des horaires de travail, liste de rappel, approbation de la paie, approvisionnement, gestion des lits, etc.);
- à rééquilibrer la charge de travail (revue des comités et efficacité des réunions, etc.);
- à développer des compétences individuelles (coaching, mentorat, transfert des connaissances, etc.).

Objectif 5.1.8 Mettre en place, à l'échelle nationale, un programme de relèvement du personnel d'encadrement de niveau supérieur (direction générale et direction générale adjointe).

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des cadres supérieurs admis au programme de relèvement des hors-cadre sur la cible fixée	75 % des 20 places disponibles en 2012-2013	75 % des 20 places disponibles en 2013-2014	100 % de la cible nationale fixée annuellement

Parmi les 19 candidatures reçues en 2013-2014, 15 répondaient aux critères d'admissibilité du Programme de relèvement des hors-cadre (direction générale et direction générale adjointe), ce qui a permis de pourvoir 75 % des 20 places disponibles. Ce programme existe depuis septembre 2009. Parmi les 119 personnes qui y ont participé, 53 ont obtenu un poste de hors-cadre : 28 ont accédé à un poste de directeur général, et 25, à un poste de directeur général adjoint.

Orientation 5.2

Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

AXE : **RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL**

Objectif 5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé

Le processus d'agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines

INDICATEUR ¹	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	60 %	96 %	100 % des établissements d'ici 2015

1. Les résultats relatifs à l'indicateur « Obtention et maintien par le Ministère de la certification selon la norme Entreprise en santé » sont présentés dans la partie 2.2 du présent rapport (voir l'action 2).

Au 31 mars 2014, 169 établissements sur 177, soit 96 %, avaient réussi le processus d'agrément, incluant le volet de mobilisation des ressources humaines.

L'accréditation des établissements par un programme visant l'amélioration du climat de travail

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	5 %	10 %	50 % des établissements d'ici 2015

Au cours de l'année, neuf établissements ont été accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat du travail (Entreprise en santé et Planetree). Au 31 mars 2014, les résultats montrent que 10 % de l'ensemble des établissements sont déjà accrédités et que 45 % des établissements sont engagés dans une telle démarche.

Plusieurs établissements engagés dans le processus d'accréditation « Établissements promoteurs de santé » ne seront pas accrédités, car le processus n'est pas reconnu par le Bureau de normalisation du Québec.

La gestion de la présence au travail

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,09 %	6,13 %	Ratio de 5,15 % ¹

1. L'atteinte, en 2015 du ratio d'assurance salaire de 5,15 % correspond à une diminution de 7,1 % par rapport au ratio de 5,54 % qui avait été établi en 2009-2010.

Pour l'exercice financier 2013-2014, le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées s'est établi à 6,13 % comparativement à 6,09 % en 2012-2013.

Cette situation s'explique en partie par les facteurs suivants :

- une durée des absences plus longue ;
- la difficulté de remplacer le personnel absent, ce qui diminue le nombre d'heures travaillées (dénominateur) ;
- la difficulté de faire revenir le personnel considérant des procédures administratives plus complexes qu'avant ;
- le temps requis pour obtenir les rendez-vous médicaux.

Le dossier de la présence au travail demeure une vive préoccupation des organisations du réseau de la santé et des services sociaux et du Ministère. Les travaux amorcés au cours des années précédentes se sont poursuivis conjointement par le Ministère, les agences et les établissements.

De plus, le comité de travail national poursuit ses travaux pour analyser l'augmentation du ratio d'assurance salaire et faire des recommandations aux autorités ministérielles.

Objectif 5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des établissements ciblés ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	87 %	87 %	100 % des établissements d'ici 2015

Le programme de soutien à la relève professionnelle (préceptorat) est un programme clinique, qui a été instauré en 2008 tant pour attirer et retenir davantage les infirmières et les infirmières auxiliaires dans leur milieu de travail que pour stabiliser les équipes de soins. Avec le soutien d'une infirmière experte (préceptrice), il permet d'accompagner les infirmières ainsi que les infirmières auxiliaires ayant moins de deux années d'expérience afin qu'elles puissent acquérir les compétences nécessaires à une pratique sécuritaire.

Le Ministère réserve annuellement 14,5 millions de dollars à ce programme. Au 31 mars 2014, 87 % des établissements ciblés dans seize régions sociosanitaires avaient mis en place leur programme de soutien clinique (préceptorat).

ENJEU 6

UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE

Orientation 6.1

Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

AXE : OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

Objectif 6.1.1 Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources générateurs de gains de performance pour le réseau de la santé et des services sociaux

La démarche d'optimisation

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Mise en œuvre d'une démarche d'optimisation de portée nationale ¹	Démarche en cours	Démarche en cours	2011 à 2014

1. Cet indicateur remplace temporairement l'indicateur « Pourcentage des établissements ayant réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation des ressources » défini dans le Plan stratégique 2010-2015 afin de rendre compte des projets d'optimisation.

Conformément aux orientations en matière de coordination des projets d'optimisation par les agences et des mesures de soutien en découlant, la fonction de coordination des projets d'amélioration de la performance s'est mise en place dans chacune des régions administratives depuis juin 2013. Les régions établissent présentement leurs stratégies régionales en matière d'amélioration de la performance ; un répertoire de l'ensemble des projets d'amélioration de la performance est disponible depuis décembre 2013, et ce, pour favoriser un partage de l'information à l'échelle nationale.

Les centres de traitement reliés aux technologies de l'information

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Nombre de centres de traitement reliés aux technologies de l'information	250 ¹	250	50 centres, soit une diminution de 20 % par rapport à la situation en 2012-2013 ²

1. Mesure de départ établie pour évaluer l'atteinte de la cible.

2. La cible a été précisée par rapport à la situation de l'an dernier.

Le Ministère harmonise ses actions avec le projet gouvernemental de centres de traitement liés aux technologies de l'information et propose de mettre l'accent sur les activités de consolidation et de normalisation des infrastructures essentielles à l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. En ce sens, le Ministère mise sur les initiatives régionales de regroupement en cours pour atteindre le niveau de consolidation et de normalisation attendu.

En mars 2014, le Ministère a amorcé une tournée des régions afin de valider les orientations ministérielles et d'offrir au besoin des services-conseils pour aider le réseau de santé et de services sociaux dans ses travaux de consolidation.

Cependant, le Ministère ne prévoit pas être en mesure d'atteindre la cible de 20 % d'ici 2015 puisque les travaux ministériels ont été retardés par la prise en considération de plusieurs préalables aux travaux de consolidation et de normalisation des centres de traitement des données. Ainsi, avant de procéder à une consolidation, l'établissement ou l'agence doit analyser ses dépôts de données et en optimiser le contenu. De plus, comme le gouvernement étudie actuellement la possibilité de tirer profit des solutions infonuagiques dans l'exécution de sa mission, le Ministère croit judicieux d'attendre les choix que fera le gouvernement dans ce dossier, car cette technologie aura une incidence sur les orientations à privilégier dans le contexte du projet de consolidation des centres de traitement de données.

Objectif 6.1.2 Développer des indicateurs comparatifs d'amélioration de la productivité dans certains secteurs

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Méthodologie et indicateurs disponibles	En développement	En développement	2010 à 2015

Le Ministère poursuit les travaux pour identifier et développer des indicateurs comparatifs d'amélioration de la productivité qui alimenteront précisément la dimension « efficacité » de son cadre de référence, et ce, en cohérence avec le Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux.

Les indicateurs ont trait aux programmes-services Déficience physique, Jeunes en difficulté, Soutien à l'autonomie des personnes âgées et au secteur des services spécialisés – chirurgie. Ils sont présentement en développement, car certaines informations essentielles à leur calcul, comme la lourdeur relative de la clientèle, ne sont pas disponibles ou sont en processus de collecte depuis peu dans les systèmes d'information ministériels. D'autres indicateurs serviront à évaluer l'efficacité des réseaux locaux de services et nécessitent l'accès à des données jumelées.

Par ailleurs, le Ministère collabore avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour la diffusion d'indicateurs comparables sur l'efficacité.

AXE : SUIVI ET RÉTROACTION SUR LA PERFORMANCE

Objectif 6.1.3 Évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et assurer une rétroaction sur les résultats

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Modalités de production et de rétroaction mises en place	En développement	Dès 2012

Le Ministère est engagé dans la mise en œuvre du Plan d'action 2012-2015 en matière d'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux à des fins de gestion. À terme, il devrait fournir un portrait à la fois général et exhaustif de la performance à l'échelle nationale, régionale et locale.

La sélection et l'élaboration d'indicateurs de performance en matière d'accessibilité des services, de qualité des services et d'optimisation des ressources se poursuivent. En plus des secteurs touchés au fil des années précédentes, les activités amorcées en 2013-2014 concernent les réseaux locaux de services ainsi que le programme-services Dépendances. Des travaux sont aussi en cours afin d'élaborer un tableau de bord qui permettra le suivi des indicateurs à l'échelle nationale, régionale et locale.

Le Ministère veille actuellement à assurer la mise au point de systèmes d'information et de banques de données qui permettent de soutenir l'évaluation de la performance. Durant la dernière année, le Ministère a élaboré, en collaboration avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), un projet d'entente sur la communication de renseignements nécessaires à l'appréciation et à l'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux. Ce projet d'entente devrait permettre au Ministère de créer des liens entre les renseignements qu'il recueille déjà et ceux qui lui seraient communiqués par la RAMQ. Le projet d'entente a été soumis pour avis à la Commission d'accès à l'information.

Par ailleurs, le Ministère a collaboré de façon étroite avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour la diffusion d'indicateurs comparables à l'échelle nationale, régionale et locale. Cette collaboration s'est traduite notamment par la participation du Québec au nouveau site Web de l'ICIS consacré à la performance du système de santé et destiné au grand public : on y trouve quinze indicateurs portant

sur l'accès et la qualité des soins, la promotion de la santé et la prévention des maladies, les dépenses et les résultats pour la santé. Treize indicateurs ont été publiés pour le Québec : neuf comportant des résultats à l'échelle des régions, et trois, des résultats à l'échelle des établissements.

Orientation 6.2

Assurer une gouvernance plus imputable

AXE : PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ET RÈGLES D'IMPUTABILITÉ

Objectif 6.2.1 Clarifier, dans une perspective de subsidiarité, le partage des responsabilités ainsi que les règles d'imputabilité entre les paliers national, régional et local

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Précisions apportées à la gouvernance par voie administrative ou législative	Atteint ¹	Atteint	2011-2012

1. Le résultat de 2012-2013 a été modifié cette année afin de mieux refléter l'avancement des travaux.

La Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux (2011) a apporté des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment en ce qui a trait aux rôles et aux responsabilités des conseils d'administration des agences et des établissements.

Bien que la cible fixée pour 2011-2012 ait été atteinte, le projet Pour un meilleur partage des responsabilités MSSS-agences-établissements a été mis sur pied en 2012 afin d'assurer une continuité avec ces changements législatifs. Il vise à préciser le partage des responsabilités entre les trois paliers de gestion afin d'accroître la cohérence dans le réseau à l'égard de l'application de ce que prescrit la loi et d'alléger les processus administratifs. Le projet a été réalisé de concert par des représentants du Ministère, des agences et des établissements.

L'étude du partage des responsabilités a couvert les domaines suivants : les immobilisations et l'équipement ; les ressources humaines ; les ressources financières ; l'organisation des services pour le programme Jeunes en difficulté.

Les travaux ont notamment permis de réviser et de simplifier certains processus administratifs ainsi que d'éviter des doublons observés entre les paliers de gouvernance. Au cours de l'année, des changements de pratique ont été mis en œuvre dans les domaines des immobilisations et de l'équipement ainsi que des ressources humaines et financières.

Le Ministère a également révisé les circulaires concernant la production des plans stratégiques des agences et des établissements afin de les actualiser et de les uniformiser en vue du prochain exercice de planification stratégique.

AXE : RÉVISION DES PROCESSUS ADMINISTRATIFS

Objectif 6.2.2 Procéder à l'allègement de la réglementation et des normes administratives en vigueur

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLE
Règlementation et normes administratives révisées	Révision de la réglementation en cours	Révision de la réglementation en cours Réduction de 30 % des circulaires en vigueur	2011 à 2015

Le Ministère a poursuivi la révision du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, dont l'adoption remonte à 1984, afin de l'adapter à la législation actuelle et de l'alléger lorsque cela est possible. Au printemps 2013, une version préliminaire du projet de règlement a été soumise à la consultation des ordres professionnels concernés.

De plus, des travaux d'allègement au regard des circulaires ministérielles en vigueur (directives consignées dans le Répertoire des normes et pratiques de gestion) ont permis de réduire leur nombre de 64 (30 %). Par ailleurs, ces travaux de révision se poursuivent pour 65 autres circulaires ministérielles.

2.2 Le Plan d'action de développement durable 2009-2015

Cette section fait état des résultats des seize actions menées conformément au Plan d'action de développement durable 2009-2015 (mis à jour en 2013).

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 1

INFORMER, SENSIBILISER, ÉDUIQUER, INNOVER

Objectif gouvernemental 1

Mieux faire connaître le concept et les principes de développement durable et favoriser le partage des expériences et des compétences en cette matière ainsi que l'assimilation des savoirs et savoir-faire qui en facilitent la mise en œuvre

» Objectif organisationnel

Faire connaître, au sein du Ministère, la Loi sur le développement durable, la nature et la portée de ses seize principes ainsi que la Stratégie gouvernementale de développement durable

ACTION 1 : SENSIBILISATION ET FORMATION DES EMPLOYÉS DU MINISTÈRE À LA DÉMARCHE GOUVERNEMENTALE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Mettre en œuvre des activités contribuant à la réalisation du Plan gouvernemental de sensibilisation et de formation des personnels de l'administration publique

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Taux des personnels ciblés du Ministère ayant suivi une formation traitant minimalement de deux contenus de référence	46 %	60 % des personnels ciblés en 2014-2015

Depuis 2009-2010, 46 % des personnels ciblés ont été formés, ce qui représente 185 personnes. Aucune formation n'a été donnée cette année.

L'année 2013-2014 a surtout été marquée par la sensibilisation de l'ensemble du personnel du Ministère au développement durable. Parmi les moyens utilisés, on trouve :

- des présentations aux nouveaux employés ;
- la révision et la bonification du contenu de l'intranet consacré au développement durable, dont la publication d'une infolettre sur le développement durable ;

- la mise en ligne d'un module de formation sur la prise en compte des principes de développement durable ;
- la publication d'annonces dans l'intranet pour promouvoir les transports actifs et collectifs ainsi que le Plan d'action de développement durable 2009-2015 du Ministère ;
- la tenue d'un sondage de suivi sur les habitudes de déplacement des employés du Ministère ;
- la tenue d'une conférence intitulée Choisir les transports alternatifs, c'est choisir la santé.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 2

RÉDUIRE ET GÉRER LES RISQUES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ, LA SÉCURITÉ ET L'ENVIRONNEMENT

Objectif gouvernemental 4

Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement

» Objectif organisationnel

Favoriser des environnements sains pour les personnels et clientèles du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux

ACTION 2: ORGANISATION EN SANTÉ

Faire du Ministère une organisation certifiée «Entreprise en santé Élite», promouvoir la norme auprès de différentes organisations intéressées et leur faire profiter de l'expérience acquise

INDICATEUR	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Certification « Entreprise en santé Élite » obtenue	Atteint en 2012-2013	Obtention de la certification « Entreprise en santé Élite »
	En attente de la décision du BNQ	Maintien d'une éventuelle certification « Entreprise en santé Élite », à l'audit de février 2014

Le Ministère a été soumis à un audit du Bureau de normalisation du Québec en février 2014. Au 31 mars dernier, le Ministère était toujours en attente de la décision de ce dernier à l'égard du maintien de la certification « Entreprise en santé Élite » obtenue en 2012-2013. La décision confirmant le maintien de la certification a été acheminée en mai 2014.

Aussi, plusieurs activités prévues dans le plan d'action Vivactif ont été réalisées autour de quatre sphères : les pratiques de gestion, l'environnement de travail, la conciliation travail-vie personnelle et les saines habitudes de vie. À titre d'exemple, voici certaines activités tenues :

- évaluation ergonomique, ajustement des postes de travail et évaluation des contraintes associées à l'hygiène du travail (409 interventions réalisées au cours de l'année 2013-2014) ;
- participation d'une équipe ministérielle au Grand défi Pierre Lavoie ;
- participation de 141 personnes en 2013 à la formation en réanimation cardiorespiratoire Héro en trente.

ACTION 3 : POLITIQUES ALIMENTAIRES

Promouvoir et favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires chez le personnel et les clientèles du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux en offrant des environnements alimentaires sains

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage des établissements ayant adopté une politique alimentaire	91 %	95 % des établissements en 2013-2014

En 2013-2014, le taux d'adoption de politiques alimentaires est resté sensiblement le même que l'an dernier. De même, dans la continuité des actions de promotion des saines habitudes alimentaires, une évaluation de la mise en œuvre des politiques alimentaires a été amorcée en 2013. Elle porte sur l'adoption et l'implantation des orientations du cadre de référence Miser sur une saine alimentation : une question de qualité.

ACTION 4 : RENFORCEMENT DE LA PRATIQUE D'ÉVALUATION D'IMPACT DES POLITIQUES PUBLIQUES SUR LA SANTÉ

Renforcer la qualité et l'efficacité de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé en optimisant le recours aux différentes expertises disponibles au Ministère

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Actions permettant de renforcer la qualité et l'efficacité de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé	Mise en œuvre terminée : définition d'une stratégie interne	Mise en œuvre des actions permettant de renforcer la qualité et l'efficacité de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé

L'appropriation du Rapport d'évaluation des pratiques, produit l'an dernier par l'École nationale d'administration publique, a permis au Ministère de définir en 2013-2014 une stratégie interne pour renforcer la qualité et l'efficacité des évaluations d'impact des politiques publiques sur la santé. Les trois axes suivants ont été retenus : informer les décideurs ultimes ; agir davantage avec les ministères à vocation économique ; et outiller les différents acteurs au regard de la participation citoyenne. Le Ministère a donné priorité à l'action concernant les décideurs, ce qui a entraîné l'élaboration d'une formation sur les évaluations d'impact des politiques publiques sur la santé destinée aux partenaires intersectoriels.

ACTION 5: **AGENDA 21 DE LA CULTURE**

Promouvoir les arts et la culture auprès des personnels et des clientèles du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Nombre d'activités culturelles et artistiques réalisées au Ministère	5 activités	Réalisation d'au moins une activité culturelle ou artistique au Ministère en 2013-2014
Nombre d'activités de sensibilisation, d'information, de promotion ou de recherche sur les arts et la culture réalisées par le Ministère	4 activités	Réalisation de trois activités de sensibilisation, d'information, de promotion ou de recherche sur les arts et la culture par le Ministère auprès du réseau en 2013-2014
Nombre d'établissements ayant réalisé au moins une activité culturelle ou artistique	Sans objet	Augmentation du nombre d'établissements ayant réalisé au moins une activité culturelle ou artistique en 2014-2015

En 2013-2014, le Ministère a réalisé plus d'une activité culturelle ou artistique. La chorale Les cœurs chantant a offert quatre concerts (trois concerts ont été réalisés pour le personnel du Ministère, tandis qu'un autre s'est déroulé dans un établissement du réseau). Une conférence a également eu lieu pour la Journée internationale de la femme, sur le thème : « Les couples en quête d'égalité : vision et pratiques ».

En ce qui concerne la promotion des arts et de la culture dans le réseau, le Ministère a mis en ligne un documentaire sur l'art et la culture dans un hôpital, un hyperlien vers l'Agenda 21 de la culture ainsi qu'un guide sur l'introduction de la culture dans le milieu des soins et des services sociaux. De plus, le Ministère a offert un soutien financier de 425 000 \$ au Centre national de danse-thérapie afin de mesurer l'impact de la danse sur les aînés, de même que pour développer des projets pilotes propres à la cancérologie. À cette fin, le Centre national de danse-thérapie a établi un partenariat avec quatre établissements : le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et le Centre PERFORM de l'Université Concordia.

Objectif gouvernemental 5

Mieux préparer les communautés à faire face aux événements pouvant nuire à la santé et à la sécurité et en atténuer les conséquences

» Objectif organisationnel

Favoriser la création et le maintien d'environnements extérieurs sains et sécuritaires pour les personnels et clientèles concernés

ACTION 6: PROMOTION D'ENVIRONNEMENTS EXTÉRIEURS SAINS ET SÉCURITAIRES DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Sensibiliser et outiller les gestionnaires de terrains du Ministère, du réseau et de l'administration gouvernementale, afin qu'ils intègrent des pratiques écologiques permettant d'offrir aux clientèles et aux personnels des environnements extérieurs sains et sécuritaires

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Taux de responsables de l'entretien des terrains de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux qui ont mis en pratique certaines suggestions du Guide des bonnes pratiques – Gestion écoresponsable des terrains	Sans objet	30 % des responsables de l'entretien des terrains du RSSS en 2014-2015 ¹

1. La cible prévue en 2013-2014 a été reportée à l'année 2014-2015.

Les travaux permettant de mesurer l'atteinte du résultat ont été reportés d'une année.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 3

PRODUIRE ET CONSOMMER DE FAÇON RESPONSABLE

Objectif gouvernemental 6

Appliquer des mesures de gestion environnementale et une politique d'acquisitions écoresponsables au sein des ministères et des organismes gouvernementaux

» Objectif organisationnel

Favoriser l'adoption de pratiques écoresponsables au Ministère

ACTION 7: ADOPTION D'UN CADRE DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET DE PRATIQUES D'ACQUISITION ÉCORESPONSABLES

Mettre en œuvre au Ministère des pratiques et des activités contribuant aux dispositions de la Politique pour un gouvernement écoresponsable

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Plan de gestion environnementale 2013-2015 adopté	Adoption du plan de gestion environnementale 2013-2015	Adoption du plan de gestion environnementale 2013-2015 en 2013-2014
Actions permettant une saine gestion environnementale et de meilleures acquisitions écoresponsables	Activités issues du programme de navettage durable et vérification des options pour l'économie d'énergie	Mise en œuvre des actions du plan de gestion environnementale 2013-2015 en 2013-2014

Le plan de gestion environnementale 2013-2015 a été adopté en 2013-2014 en vue de permettre la mise en œuvre du Cadre de gestion environnementale du Ministère. Il s'inscrit dans la continuité du plan de gestion 2011-2013.

En 2013-2014, la mise en œuvre des actions du plan de gestion environnementale s'est notamment faite par la réalisation d'activités en rapport avec le programme de navettage durable. Parmi celles-ci, on compte, entre autres, la promotion de L'abonne Bus, de l'OPUS & Cie et du logiciel de covoiturage ainsi que l'offre de plans de transport personnalisés et de laissez-passer d'autobus gratuit pour un mois. De même, afin d'encourager la diminution des émissions de gaz à effet de serre de ses employés, le Ministère a procédé à une révision et à une bonification des contenus de l'intranet et a fait la promotion de ces derniers. Enfin, il a organisé une conférence sur les transports actifs et leurs effets sur la santé.

Par ailleurs, dans la perspective d'utiliser les technologies de l'information d'une manière écoresponsable, le plan de gestion environnementale prévoyait l'analyse des bienfaits de la mise en veille ou de l'extinction des appareils informatiques du Ministère lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Comme les recherches n'ont pas démontré que cette action serait avantageuse du point de vue du développement durable, les pratiques en la matière demeureront inchangées.

» **Objectif organisationnel**

Favoriser l'adoption de pratiques écoresponsables au sein du réseau de la santé et des services sociaux

ACTION 8: GESTION DES MATIÈRES RÉSIDUELLES

Favoriser et soutenir l'adoption de pratiques permettant une saine gestion des matières résiduelles dans le réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Orientation ministérielle en matière de gestion des matières résiduelles adoptée	Atteint	Adoption de l'orientation en 2013-2014

Une orientation ministérielle relative à la gestion des matières résiduelles a été adoptée en 2013-2014. Elle vise à favoriser l'implantation de plans de gestion des matières résiduelles dans le réseau.

ACTION 9: PLAN D'ACTION INTÉGRÉ POUR LE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Soutenir le retraitement des dispositifs médicaux au sein du réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	RÉSULTATS 2012-2013	CIBLE
Actions mises en œuvre en matière de retraitement des dispositifs médicaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédaction de lignes directrices et de modes opératoires en retraitement des dispositifs médicaux (RDM) de type critique ▪ Réalisation du formulaire papier et formation aux personnes pivots en RDM en lien avec le rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux (RARDM) pour assurer le suivi des incidents et accidents liés au RDM ▪ Rédaction et diffusion du guide à l'intention des établissements sur la responsabilité et la gestion d'un événement indésirable lié au RDM 	Mise en œuvre des actions liées au retraitement des dispositifs médicaux

Les actions en matière de retraitement des dispositifs médicaux s'inscrivent dans le Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2010-2015. Au total, 4 des 25 actions de ce plan en traitent expressément :

- action 13: uniformiser et mettre à niveau les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux afin de prévenir les infections nosocomiales ;
- action 14 : encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique ;

- action 17 : préciser les rôles et les responsabilités des instances locales, régionales et nationales relativement à la gestion d'un risque infectieux lié au retraitement (y compris la stérilisation) de dispositifs médicaux et apporter le soutien nécessaire à l'évaluation et à la gestion de ces risques;
- action 20 : développer l'expertise en prévention et en contrôle des infections des intervenants des établissements du réseau de la santé par une formation de base et de la formation continue et plus spécifiquement concernant le retraitement des dispositifs médicaux; soutenir les activités de formation des intervenants au regard du retraitement des dispositifs médicaux.

Au cours de la dernière année, le Ministère a poursuivi la rédaction de lignes directrices et de modes opératoires en retraitement des dispositifs médicaux de type critique. Il a également réalisé la formation aux personnes pivots en retraitement des dispositifs médicaux en lien avec le rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux ainsi que le formulaire s'y rattachant. De plus, en 2013-2014, il a rédigé et diffusé un guide à l'intention des établissements sur la responsabilité et la gestion d'un événement indésirable lié au retraitement des dispositifs médicaux.

ACTION 10: INTÉGRATION DE CRITÈRES D'ÉCORESPONSABILITÉ DANS LES APPELS D'OFFRES

Favoriser le recours à des critères d'écoresponsabilité pour l'octroi de contrats d'achat de biens et de services dans le réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Critères d'écoresponsabilité à considérer dans les processus d'appels d'offres définis et diffusés	Sans objet	Sans objet

Au cours de l'année, le Ministère a identifié des initiatives régionales et compte les étendre à l'ensemble du Québec. Il s'agit notamment des outils développés par l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean en collaboration avec le Centre québécois de développement durable (CQDD). Ces derniers ont élaboré, durant l'année 2013, des critères d'écoresponsabilité (bassin d'indicateurs de développement durable) pour leur région, ainsi qu'un outil d'analyse des données collectées.

ACTION 11: CRITÈRES D'ÉCORESPONSABILITÉ POUR LES PROJETS DE CONSTRUCTION

Concevoir et promouvoir auprès du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires des critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Nombre de projets adoptant les critères d'écoresponsabilité	5 projets	Sans objet
Modification du Répertoire des guides de planification immobilière (RGPI)	Prise en considération des critères dans l'élaboration des guides	Modification des guides du RGPI en 2013-2014

En 2013-2014, les critères d'écoresponsabilité ont été pris en considération dans le contexte des projets d'accompagnement pour la réalisation du Programme fonctionnel et technique, et ce, pour cinq projets.

Les travaux de rédaction des guides de planification immobilière se poursuivent et les critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction sont intégrés graduellement. En 2013-2014, le Ministère a publié les deux guides suivants : Centre de jeunesse – unité de réadaptation en internat et Méthode de calcul des superficies.

Objectif gouvernemental 7

Promouvoir la réduction de la quantité d'énergie et de ressources naturelles et matérielles utilisées pour la production et la mise en marché de biens et de services

» Objectif organisationnel

Optimiser les ressources matérielles utilisées dans le cadre du programme Déficience physique

ACTION 12: VALORISATION DES AIDES TECHNIQUES SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE MOTRICE

Accroître la valorisation des aides techniques attribuées dans le cadre du programme d'appareils suppléant à une déficience motrice

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013 ¹	CIBLE
Taux de valorisation pour les aides à la locomotion	40 %	Maintien du taux de valorisation pour les aides à la locomotion à 35 %

1. Étant donné que les données les plus récentes datent de 2012-2013, la cible et le résultat sont ceux de cet exercice financier. Le résultat est établi à partir d'indicateurs produits par la Régie de l'assurance maladie du Québec et fournis annuellement au Ministère.

En 2012-2013, le taux de valorisation pour les aides à la locomotion qui était de 40 % dépassait ainsi la cible visée. L'augmentation de la valorisation a été constante depuis les dernières années. Cela s'explique notamment par les mesures mises en place pour inciter les principaux acteurs à contribuer positivement au processus de récupération, de réparation et de réattribution des aides techniques à la locomotion.

La participation des centres de réadaptation en déficience physique, de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que de la clientèle est essentielle en vue de poursuivre la valorisation des aides techniques, de maintenir la collaboration entre les parties concernées et de soutenir la protection de l'environnement. L'engagement de tous permet de faire des économies substantielles et d'assurer une meilleure gestion des fonds publics, tout en offrant à la clientèle des aides techniques de qualité et sécuritaires.

Objectif gouvernemental 8

Augmenter la part des énergies renouvelables ayant des incidences moindres sur l'environnement (biocarburants, biomasse, énergie solaire, énergie éolienne, géothermie, hydroélectricité, etc.) dans le bilan énergétique du Québec

» Objectif organisationnel

Promouvoir l'inclusion d'énergies renouvelables dans le portefeuille énergétique des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

ACTION 13: PROMOTION ET SOUTIEN DE PROJETS AYANT RECOURS À DES ÉNERGIES RENOUVELABLES

Promouvoir et soutenir les projets ayant recours à des énergies renouvelables dans les établissements afin de poursuivre et de bonifier le programme de réduction de l'énergie consommée

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Réduction globale des émissions de gaz à effet de serre (tonnes de CO ₂)	Sans objet	Cible gouvernementale à définir
Réduction globale de l'intensité énergétique (gigajoules/m ²)	Sans objet	Cible gouvernementale à définir

Dans le contexte de la mise en œuvre de la Stratégie énergétique du Québec et de la mesure 16 du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques, l'objectif du réseau de la santé et des services sociaux était de réduire de 14 % l'intensité énergétique de ses bâtiments en 2010 par rapport à 2003. Depuis 2006, les travaux relatifs à l'efficacité énergétique s'inscrivaient donc dans ce cadre d'action. Toutefois, pour l'exercice financier 2013-2014, aucune nouvelle cible n'a été définie à ce sujet.

Globalement, depuis que le réseau réalise des projets d'économie d'énergie, les 181 projets approuvés représentent 295 millions de dollars en autorisation d'emprunt et auront permis de générer près de 48 millions de dollars en économie d'énergie annuelle.

Enfin, sous la coordination du Bureau de l'efficacité et de l'innovation énergétiques (relevant du ministère des Ressources naturelles) et en collaboration, notamment avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs, le Ministère a participé à la définition des nouvelles cibles à inscrire dans le deuxième Plan d'action sur les changements climatiques (2013-2020).

Objectif gouvernemental 10

Fournir les repères nécessaires à l'exercice de choix de consommation responsables et favoriser au besoin la certification des produits et des services

» Objectif organisationnel

Recourir à la normalisation afin d'intégrer de nouvelles technologies ou pratiques écoresponsables dans les activités nécessaires à l'accomplissement de la mission du Ministère

ACTION 14: NORMALISATION D'UN SYSTÈME DE CHAUFFAGE AUXILIAIRE POUR LES AMBULANCES

À la suite de l'évaluation de l'efficacité d'une nouvelle technologie de chauffage auxiliaire, modifier la norme consensuelle du Bureau de normalisation du Québec relative aux spécifications des ambulances afin d'y inclure ce nouveau dispositif et de limiter ainsi la marche au ralenti en périodes froides

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Pourcentage de la flotte d'ambulances équipées du dispositif de chauffage auxiliaire	80 %	Installation du dispositif de chauffage auxiliaire dans les ambulances

La demande formelle pour modifier la norme afin d'inclure l'appareil de chauffage auxiliaire dans le processus de montage applicable à l'ensemble des véhicules ambulanciers utilisés au Québec a été adressée au Bureau de normalisation du Québec en juin 2009 et a été reçue favorablement.

Cet appareil est maintenant installé dans la majorité des véhicules en service (plus de 80 % d'entre eux).

Toutefois, une nouvelle technologie permettant la gestion du moteur du véhicule est en émergence. Elle permettra, lorsqu'elle sera mise en fonction, de faire démarrer le véhicule automatiquement en fonction de divers paramètres (température, voltage, etc.) aussi bien en hiver (chauffage) qu'en été (climatisation). Le Ministère suivra donc ce dossier avec intérêt.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 6

AMÉNAGER ET DÉVELOPPER LE TERRITOIRE DE FAÇON DURABLE ET INTÉGRÉE

Objectif gouvernemental 18

Intégrer les impératifs du développement durable dans les stratégies et les plans d'aménagement et de développement régionaux et locaux

» Objectif organisationnel

Accompagner et soutenir le réseau de la santé et des services sociaux dans ses démarches de développement durable

ACTION 15: SOUTIEN AU RÉSEAU ET MISE EN COMMUN DES INITIATIVES

Promouvoir la démarche gouvernementale de développement durable auprès du réseau de la santé et des services sociaux par la sensibilisation, la diffusion et la mise en commun du savoir et de l'expertise dans le domaine

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES
Nombre d'activités de sensibilisation et d'information réalisées par le Ministère	4 activités	Réalisation d'activités de sensibilisation et d'information
Nombre d'activités de mise en commun des expertises réalisées par le Ministère	1 activité	Réalisation d'activités de mise en commun des expertises
Pourcentage des établissements ayant entrepris une démarche de développement durable	Sans objet	Augmentation du pourcentage d'établissements ayant entrepris une démarche de développement durable d'ici 2015

Le Ministère travaille étroitement avec le réseau des répondants régionaux en développement durable afin de sensibiliser le personnel des établissements à cet égard, mais également pour stimuler et mettre en commun les initiatives de développement durable y étant entreprises.

En 2013-2014, les activités suivantes ont été réalisées :

- la tenue de deux rencontres du réseau de répondants régionaux ;
- la modification des contenus en développement durable de l'intranet du réseau de la santé et des services sociaux ;
- la création et la remise de la mention d'excellence du ministre dans le domaine du développement durable à l'occasion des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux.

Quant aux activités de mise en commun des expertises, le Ministère a intégré, en 2013-2014, 25 nouvelles fiches dans le recueil d'initiatives portant sur le développement durable. Ce recueil compte actuellement une soixantaine de fiches et présente des actions pertinentes, innovatrices et significatives menées dans le réseau.

Objectif gouvernemental 20

Assurer l'accès aux services de base en fonction des réalités régionales et locales, dans un souci d'équité et d'efficacité

» Objectif organisationnel

Assurer l'adaptation des infrastructures et des services régionaux offerts aux personnes âgées

ACTION 16: ENTENTES SPÉCIFIQUES AVEC LES CONFÉRENCES RÉGIONALES DES ÉLUS

S'assurer de la mise en œuvre des ententes spécifiques signées avec les conférences régionales des élus

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE
Nombre de plans d'action déposés	Aucun	18 plans d'action déposés d'ici 2015

Les premières ententes spécifiques avec les conférences régionales des élus (CRE) se sont terminées le 31 mars 2013. En 2013-2014, un nouveau modèle d'ententes spécifiques, s'inscrivant dans une logique de régionalisation, a été élaboré. Toutes les régions ont signé leur entente spécifique en mars 2014, à l'exception du Gouvernement de la nation crie, et préparent maintenant leur nouveau plan d'action. Ces ententes visent l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées du Québec.

2.3 Déclaration de services aux citoyens

Cette section fait état des résultats qui se rapportent aux engagements du Ministère en matière de qualité des services aux citoyens.

La Déclaration de services aux citoyens touche les services offerts directement à la population par le Ministère, soit :

- les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux ;
- les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles ayant le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec, ainsi que la recherche d'antécédents sociobiologiques pour les cas d'adoption hors Québec ;
- les renseignements concernant la Loi sur le tabac.

En cas d'insatisfaction par rapport à ces services, le citoyen peut formuler une plainte au Ministère.

2.3.1 LES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Au cours de l'année 2013-2014, le Ministère a donné suite à un total de 3 065 demandes de renseignements généraux. Il s'agit des demandes pour lesquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponse. On observe une augmentation de 440 communications, soit 16,8 % par rapport à l'année 2012-2013.

Nombre des demandes de renseignements traitées par le Ministère selon le mode de communication utilisé

MODES DE COMMUNICATION	2012-2013	2013-2014
Appels téléphoniques	1 646 (63 %)	1 955 (64 %)
Courriels	979 (37 %)	1 110 (36 %)
TOTAL	2 625 (100 %)	3 065 (100 %)

La téléphonie demeure le moyen de communication le plus fréquemment utilisé (64 %) pour les demandes de renseignements, devant les courriels (36 %).

Les appels téléphoniques

ENGAGEMENTS	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec ▪ Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 ▪ Réponse la plus rapide possible
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour toute demande de renseignements, les citoyens peuvent composer le numéro sans frais de Services Québec (1 877 644-4545). ▪ Pour les demandes de renseignements que lui transfère Services Québec, le Ministère assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30. ▪ Le Ministère a répondu à 8 appels téléphoniques par jour ouvrable, en moyenne. ▪ Le délai de réponse est toujours le plus court possible, conformément aux engagements ministériels.

Les demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans la grande majorité des cas, le Ministère répond le jour même aux demandes faites par courriel que lui transmet Services Québec. Autrement, un accusé de réception est envoyé à l'auteur de la demande, conformément à l'engagement ministériel. ▪ Le Ministère a répondu à 4 courriels par jour ouvrable, en moyenne.

2.3.2 LES RENSEIGNEMENTS, L'AIDE ET LES CONSEILS DESTINÉS AUX PERSONNES ET AUX FAMILLES QUI ONT LE PROJET D'ADOPTER UN ENFANT DOMICILIÉ À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

En matière d'adoption internationale, le ministre exerce les fonctions d'Autorité centrale du Québec et à cet effet, à l'intérieur du Ministère, le Secrétariat à l'adoption internationale agit au nom du ministre. Il assure ainsi les fonctions d'encadrement, de coordination et de contrôle et il veille à la conformité du projet des personnes et des familles désirant adopter un enfant domicilié hors du Québec. Il encadre également le fonctionnement des organismes agréés en matière d'adoption en donnant suite à leurs demandes d'obtention ou de renouvellement d'agrément.

Au cours de l'année 2013-2014, les échanges en matière d'adoption internationale ont été maintenus avec les autorités internationales compétentes et de nouvelles relations de travail ont été concrétisées dans le respect de leur législation et de leur culture.

Au 31 mars 2014, le Ministère comptait 1 221 dossiers d'adoption ouverts, dont 282 ont été ouverts en 2013-2014. Près de 90 % des adoptions effectuées pendant cet exercice financier l'ont été par l'intermédiaire d'un organisme agréé. En 2013-2014, le Ministère a examiné trois demandes d'agrément et six demandes de renouvellement d'agrément d'organismes. Au cours de la même période, dix nouveaux dossiers de recherche des origines ont été ouverts et 25 demandes de renseignements ont obtenu une réponse à ce sujet par courrier, par courriel, par téléphone ou en personne. Outre les demandes d'information ou de suivi pour les adoptants ayant un dossier d'adoption en cours avec un organisme agréé, le Ministère a reçu et traité 205 demandes de citoyens concernant un projet d'adoption sans l'intermédiaire d'un organisme agréé.

Le suivi relatif à l'application des règles de gestion des dossiers permet au Ministère de maintenir la qualité de ses interventions pour l'ensemble des dossiers d'adoption internationale et de recherche des origines.

Les appels téléphoniques

ENGAGEMENTS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec ▪ Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 ▪ Réponse la plus rapide possible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour toute demande, le citoyen peut composer un numéro sans frais (1 800 561-0246). Une réponse téléphonique est assurée du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30. ▪ Les appels téléphoniques des citoyens sont dirigés rapidement vers le service recherché selon une arborescence téléphonique, le tout afin d'assurer à chacun le traitement approprié et rapide de sa demande. ▪ Le Secrétariat répond quotidiennement aux appels téléphoniques provenant d'organismes agréés, d'intervenants du réseau (centres de santé et de services sociaux, centres jeunesse), mais surtout de citoyens souhaitant obtenir des renseignements ou présenter un projet d'adoption. 	

Les demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le Secrétariat assure un suivi rigoureux des démarches d'adoption et doit confirmer, par écrit, la conformité de chacune des étapes du processus d'adoption. Ainsi, il a produit rapidement l'ensemble des lettres requises pour chacun des 1 221 dossiers d'adoption ouverts. ▪ Le délai de production des lettres nécessaires au cheminement de ces dossiers n'est pas comptabilisé dans un système. Toutefois, selon les observations et les analyses ponctuelles, une réponse est donnée dans la très grande majorité des cas à l'intérieur d'un délai de 10 jours ouvrables. 	

Les demandes en personne

ENGAGEMENTS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité pour recevoir les citoyens du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 ▪ Annonce immédiate de l'arrivée des personnes ▪ Direction des personnes qui se présentent sans rendez-vous afin qu'elles obtiennent de l'aide
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaque visiteur est accueilli par un personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30. Dès que le visiteur arrive, un agent de bureau voit immédiatement à l'annoncer au service approprié. ▪ Les visites sans rendez-vous sont traitées de la même façon que celles avec rendez-vous. L'employé visé est informé de la visite et, s'il lui est impossible de recevoir le visiteur, des arrangements sont pris avec ce dernier. 	

2.3.3 LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA LOI SUR LE TABAC

Le Ministère, par l'entremise de la Direction de l'inspection et des enquêtes, est responsable des mandats suivants : la mise en œuvre de la Loi sur le tabac, l'application de la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel, et les visites d'inspection des résidences privées pour aînés, des salons funéraires et des laboratoires d'orthèses-prothèses. En conséquence, il fournit des renseignements à la population ainsi qu'aux exploitants et aux employés des lieux visés par ces lois, à l'exception des résidences privées pour aînés. Le Ministère reçoit aussi les plaintes se rapportant à l'application de ces lois. Le mode de communication le plus utilisé par ceux qui font des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel est le téléphone.

Répartition des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel, selon le mode de communication utilisé et délai de réponse moyen

MODES DE COMMUNICATION	NOMBRE DE DEMANDES	DÉLAIS DE RÉPONSE MOYENS
Appels téléphoniques	2 668	Sans objet
Courriers électroniques	220	1,7 jours
Courrier postal et télécopie	9	0,5 jours
TOTAL	2 897	Sans objet

Un total de 4 692 appels téléphoniques a été reçu en 2013-2014, dont 2 668 concernaient des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel. Il n'y a eu aucun délai de réponse pour 80 % des 4 692 appels et le temps d'attente a été de 34 secondes, en moyenne, pour les autres appels (20 %). Cette année, la durée moyenne des appels s'élève à trois minutes.

Les appels téléphoniques

ENGAGEMENTS	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec ▪ Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 ▪ Réponse la plus rapide possible
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le numéro sans frais (1 877 416-8222 ; pour la région de Québec : 418 646-9334) est en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30. En dehors de ces heures, une boîte vocale enregistre les appels et le personnel y répond dans les meilleurs délais, assurant ainsi un service adéquat à la clientèle, dans le respect de la Déclaration de services aux citoyens. ▪ En 2013-2014, 4 692 appels téléphoniques ont été reçus. De ce nombre, 689 appels (15 %) ont été abandonnés avant leur prise en charge. Sur un total de 4 003 appels ayant obtenu une réponse, 2 668 concernaient directement les secteurs d'activité suivants : <ul style="list-style-type: none"> – la mise en œuvre de la Loi sur le tabac : 2 552 appels ; – les salons de bronzage : 109 appels ; – les salons funéraires : 4 appels ; – les laboratoires d'orthèses-prothèses : 3 appels. ▪ Pour l'ensemble des secteurs d'activité, il s'agissait de demandes de renseignements sur les lois et les règlements (60 %), de plaintes liées à leur application (30 %) ou de commandes de matériel (10 %). Le total de 2 668 appels concernait directement l'application des lois et représente une augmentation d'environ 15 % par rapport à l'année précédente. Cette hausse est attribuable notamment à l'entrée en vigueur de la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel, aux demandes d'information concernant l'ouverture de nouveaux salons de cigares, aux plaintes portant sur l'exploitation illégale de salons de cigares (narguilé) et à l'arrivée sur le marché de la cigarette électronique. ▪ Les 1 335 appels restants concernaient indirectement les secteurs d'activité : les médias, les suivis d'inspection pour le personnel, l'embauche, etc.

Les demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT	<ul style="list-style-type: none">▪ Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande
<ul style="list-style-type: none">▪ La population a la possibilité de demander des renseignements sur la Loi sur le tabac par courrier électronique (loi-tabac@msss.gouv.qc.ca). En 2013-2014, 220 demandes ont été acheminées par ce moyen de communication, soit une augmentation de 8 % par rapport à l'année précédente. La réponse a été donnée par téléphone dans 9 % des cas et par courriel dans 85 % des cas, et ce, dans un délai moyen de 1,7 jour. Les autres messages (6 %) n'exigeaient pas de réponse.▪ Par ailleurs, les neuf correspondances reçues par la poste et par télécopieur constituaient des plaintes concernant l'application de la Loi sur le tabac. Seulement deux d'entre elles contenaient les coordonnées des plaignants. Un accusé de réception a été envoyé à ces plaignants à l'intérieur de 0,5 jour ouvrable.	

2.3.4 LES PLAINTES

ENGAGEMENTS	<ul style="list-style-type: none">▪ Traitement de la plainte dans un délai de 20 jours ouvrables ou moins à compter de sa réception▪ Si la transmission d'une réponse complète et finale est impossible à l'intérieur de ce délai, communication à la personne de la date à laquelle la réponse lui sera transmise
<ul style="list-style-type: none">▪ Au cours de l'année 2013-2014, 40 plaintes ont été reçues au Ministère ; seulement cinq d'entre elles concernaient une unité administrative du Ministère. Dans chaque cas, l'unité administrative concernée a assuré le suivi dans le délai prescrit de 20 jours à compter de la date de réception de ces plaintes.▪ Les 35 autres plaintes concernaient les services rendus par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, des professionnels de la santé ou l'organisation régionale de services. Une lettre ou un courriel a été envoyé aux plaignants, leur indiquant les coordonnées du commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services ou les coordonnées de l'entité relevant du ministre. En cas d'insatisfaction des plaignants relativement à la réponse reçue en premier recours, le Ministère leur fournissait les coordonnées du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux.	

L'UTILISATION DES RESSOURCES

3.1 Les ressources humaines

La répartition de l'effectif

Au 31 mars 2014, le Ministère comptait 975 personnes à son emploi dans un poste régulier ou occasionnel, soit un effectif utilisé de 688,76 en équivalent temps complet (ETC). Les données sur l'effectif utilisé diffèrent de l'effectif en poste, notamment en raison des modalités d'aménagement du temps de travail et des congés sans traitement, ainsi que par le fait que la consommation d'ETC couvre les neuf premiers mois de l'année (seule donnée disponible par le Secrétariat du Conseil du Trésor). L'écart observé de 32 effectifs en poste au Ministère de 2012-2013 à 2013-2014 s'explique, en partie, par l'ajout d'effectifs dans le contexte de la mise en œuvre de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et pour le régime de négociation d'une entente collective les concernant. À noter également que les effectifs du Secrétariat aux aînés sont comptabilisés parmi les effectifs du Ministère à compter du 1^{er} avril 2013.

Effectif en poste au 31 mars 2014

SECTEURS D'ACTIVITÉ OU ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	2012-2013	2013-2014	ÉCARTS
Direction supérieure	70	73	3
Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité	70	65	-5
Direction générale de la santé publique	77	81	4
Direction générale des services sociaux	82	93	11
Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire	69	70	1
Direction générale du personnel réseau et ministériel	69	79	10
Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget	203	239	36
Direction générale des technologies de l'information	303	275	-28
Sous-total	943	975	32
Secrétariat aux aînés	Sans objet ¹	27	27
Commissaire à la santé et au bien-être	17	16	-1
TOTAL	960	1 018	58

1. Au 31 mars 2013, le Secrétariat aux aînés comptait 31 effectifs en poste.

Effectif utilisé au 31 mars 2013¹

SECTEURS D'ACTIVITÉ OU ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	2012-2013	2013-2014	ÉCARTS
Direction supérieure	61,52	52,69	-8,83
Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité	60,46	50,06	-10,40
Direction générale de la santé publique	67,49	55,63	-11,86
Direction générale des services sociaux	72,04	62,25	-9,79
Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire	56,23	50,38	-5,85
Direction générale du personnel réseau et ministériel	56,55	51,53	-5,02
Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget	167,20	162,52	-4,68
Direction générale des technologies de l'information	99,55	203,70	104,15
Sous-total	641,04 ETC	688,76 ETC	47,72 ETC
Secrétariat aux aînés	Sans objet ²	22,29	22,29
Commissaire à la santé et au bien-être	18,34	12,92	-5,42
TOTAL	659,38 ETC	723,97 ETC	64,59 ETC

1. La donnée 2013-2014 du fichier suivi mensuel des ETC du Secrétariat du Conseil du trésor concerne les neuf premiers mois de l'année financière 2013-2014, soit au 31 décembre 2013. Le quatrième trimestre sera livré à la fin de juin 2014.

2. Au 31 mars 2013, le Secrétariat aux aînés comptait 28,1 ETC.

La mobilisation du personnel et le climat de travail

Un sondage sur la satisfaction des employés a été réalisé au cours de l'année 2013. Les résultats démontrent une évolution du taux de satisfaction envers les pratiques de gestion depuis 2008. Celui-ci est passé de 69 % en 2008 à 78 % en 2013. Plus précisément, 79 % des employés ont indiqué être motivés par leur travail et 84 % ont proposé des pistes de solution pouvant améliorer le travail. Aussi, 71 % des employés estiment que la direction a démontré sa capacité à élaborer des projets stimulants pour l'ensemble du personnel. Les employés se disent satisfaits du climat de travail de leur unité administrative dans une proportion de 84 %.

Par ailleurs, la tenue de rencontres ministérielles a permis à la sous-ministre de rencontrer tous les membres du personnel. Cette activité annuelle fait salle comble d'année en année et permet aux employés de connaître les enjeux et les priorités ministérielles. En 2013, les résultats du sondage y ont été présentés.

Enfin, au cours de la dernière année, le Ministère a gagné deux prix : le prix Argent du Salon sur les meilleures pratiques d'affaires et le prix Innovation du groupe Entreprise en santé. Ce dernier prix récompensait l'intégration du Questionnaire d'évaluation des pratiques de gestion en santé et mieux-être à l'évaluation du rendement du personnel d'encadrement.

La formation et le perfectionnement du personnel

Bien que la formation et le perfectionnement demeurent des priorités au Ministère, les données de la dernière année sont difficilement comparables avec celles de l'année civile 2012. Le présent écart est explicable par le fait que les salaires des participants aux formations avaient été considérés en 2012, alors qu'ils ne l'ont pas été cette année. Il est possible toutefois de constater une augmentation du nombre de jours de formation pour toutes les catégories d'emploi en 2013 par rapport à l'année 2012.

Répartition des dépenses totales destinées à la formation et au développement du personnel par champ d'activité

CHAMPS D'ACTIVITÉ	ANNÉE CIVILE 2012	ANNÉE CIVILE 2013
Favoriser le développement des compétences	211 239 \$	123 032 \$
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	80 252 \$	33 724 \$
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	73 342 \$	20 011 \$
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	38 864 \$	25 612 \$
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	4 294 \$	Sans objet

Évolution des dépenses en formation

ANNÉES CIVILES	PROPORTIONS DE LA MASSE SALARIALE (%)	NOMBRES MOYENS DE JOURS DE FORMATION PAR PERSONNE	MONTANTS ALLOUÉS PAR PERSONNE
2012	1,04 %	1,84 jour	577 \$
2013	0,97 %	1,37 jour	775 \$

Jours de formation selon les catégories d'emploi

ANNÉES CIVILES	CADRES	PROFESSIONNELS	FONCTIONNAIRES
2012	210 jours	583 jours 3,5 heures	217 jours 5,25 heures
2013	365 jours 5,5 heures	652 jours 2,5 heures	220 jours 6 heures

Les règles pour les bonis au rendement

Conformément à l'article 8 de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du Discours sur le budget prononcé le 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette (2010, chapitre 20), tel que modifié par l'article 129 du chapitre 16 des lois de 2013, aucun boni fondé sur le rendement ne peut être accordé aux cadres et aux cadres juridiques à l'égard de l'exercice financier 2012-2013.

La planification de la main-d'œuvre

L'année 2013-2014 a été marquée par plusieurs départs à la retraite, mais leur nombre a été moindre que durant l'année budgétaire précédente. Effectivement, 25 employés ont pris leur retraite au cours de la dernière année financière contre 31 pendant l'année 2012-2013.

Nombre d'employés par catégorie d'emploi ayant pris leur retraite

ANNÉES FINANCIÈRES	CADRES	PROFESSIONNELS	FONCTIONNAIRES
2012-2013	8	13	10
2013-2014	2	11	12

Le taux de départ volontaire (taux de roulement) du personnel régulier

Les données comparatives des neuf premiers mois de chacune des deux dernières années permettent de constater que le taux de roulement connaît une diminution au Ministère. Cette situation peut être expliquée par la diminution du nombre de départs à la retraite par comparaison avec les données de l'exercice précédent.

Taux de départ volontaire (taux de roulement) du personnel régulier¹

ANNÉES FINANCIÈRES	TAUX DE DÉPART VOLONTAIRE
2012-2013	10,78 %
2013-2014	9,13 %

1. Les données concernent les neuf premiers mois des années financières 2012-2013 et 2013-2014, soit au 31 décembre 2013 et au 31 décembre 2012. Les données du quatrième trimestre sont disponibles au mois de juin de chaque année.

3.2 Les ressources budgétaires et financières du Ministère ainsi que du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux

LE MINISTÈRE

La dépense probable pour l'année 2013-2014 du Ministère, de l'Office des personnes handicapées du Québec, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, de la Condition des aînés et du Curateur public s'élève à 31 479 281 700 \$. Cette dépense se répartit entre les six programmes détaillés ci-dessous.

Les fonctions nationales: **PROGRAMME 01** **370 967 100 \$**

Ce programme vise à procurer au Ministère et aux organismes-conseils les ressources et les services nécessaires pour établir, mettre en œuvre et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il vise également à permettre la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux et à financer les activités nationales.

Les fonctions régionales: PROGRAMME 02
21 805 138 400 \$

Ce programme vise à assurer à la population les services favorisant l'atteinte des objectifs définis par la politique de la santé et du bien-être en matière d'adaptation sociale, de santé physique, de santé publique, de santé mentale et d'intégration sociale.

L'Office des personnes handicapées du Québec: PROGRAMME 03
12 357 100 \$

Ce programme vise à assurer la mise en œuvre de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'Office et peut être consultée sur son site Web : www.ophq.gouv.qc.ca.

La Régie de l'assurance maladie du Québec: PROGRAMME 04
9 224 107 700 \$

Ce programme vise à défrayer le coût des services assurés et celui des frais d'administration, notamment dans le cadre des régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments. L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de la RAMQ et peut être consultée sur son site Web : www.ramq.gouv.qc.ca.

La condition des aînés: PROGRAMME 05
23 403 200 \$

Ce programme finance des mesures afin de soutenir la valorisation de la participation des aînés à la société québécoise, que ce soit sur le plan social, civique, économique ou professionnel, et d'assurer la cohérence des interventions de l'État au regard des aînés.

Le Curateur public: PROGRAMME 06
43 308 200 \$

Ce programme permet de veiller à la protection des citoyennes et des citoyens déclarés inaptes. Il vise à s'assurer que toute décision relative à leur personne ou à leurs biens est prise dans leur intérêt, le respect de leurs droits et la sauvegarde de leur autonomie.

L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel du Curateur public et peut être consultée sur son site Web : www.curateur.gouv.qc.ca.

L'écart budgétaire par programme

Le tableau suivant présente le budget de dépenses du Ministère en 2013-2014 pour chacun des programmes ainsi qu'une comparaison entre la dépense réelle en 2012-2013 et la dépense probable pour l'exercice 2013-2014.

Dépenses et évolution par secteur d'activité¹

SECTEURS D'ACTIVITÉ	BUDGETS DE DÉPENSES 2013-2014 (000 \$)	DÉPENSES PROBABLES 2013-2014 (000 \$)	DÉPENSES RÉELLES 2012-2013 (000 \$)	ÉCARTS (000 \$)	VARIATIONS (%)
01 Fonctions nationales	375 059,9	370 967,1	487 006,5	(116 039,4)	(23,8)
02 Fonctions régionales	21 682 740,4	21 805 138,4	21 355 014,1	450 124,3	2,1
03 OPHQ	13 067,2	12 357,1	11 930,0	427,1	3,6
04 RAMQ	9 115 513,9	9 224 107,7	8 250 041,2	974 066,5	11,8
05 Condition des aînés	29 419,3	23 403,2	17 972,0	5 431,2	30,2
06 Curateur public	42 458,2	43 308,2	42 737,0	571,2	1,3
TOTAL	31 258 258,9	31 479 281,7	30 164 700,8	1 314 580,9	4,4

1. Sont exclus du tableau les fonds spéciaux et les comptes à fin déterminée.

La dépense réelle du Ministère se chiffrait à 30 164,7 millions de dollars pour l'exercice 2012-2013. La dépense probable pour 2013-2014 est évaluée à 31 479,3 millions de dollars, soit une croissance de 4,4 %. L'écart entre la dépense réelle en 2012-2013 et la dépense probable en 2013-2014 est analysé sommairement pour les écarts les plus importants :

- Pour les fonctions nationales, la dépense probable en 2013-2014 est inférieure de 116,0 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2012-2013. Cette variation est principalement attribuable à l'abolition de la règle voulant qu'un médicament innovateur soit remboursé à son plein prix pendant quinze ans à compter de son inscription sur la liste des médicaments, ce qui entraîne ainsi la fin de la contribution gouvernementale au Fonds de l'assurance médicaments ;
- Pour les fonctions régionales, la dépense probable en 2013-2014 excède de 450,1 millions de dollars la dépense réelle en 2012-2013. Cette croissance est principalement attribuable aux ajustements salariaux découlant des conventions collectives, à l'ajustement de la provision pour les régimes de retraite, au coût de système spécifique à la santé, à l'indexation des dépenses autres que salariales ainsi qu'à l'application des mesures d'optimisation ;
- Pour la RAMQ, la dépense probable en 2013-2014 augmente de 974,1 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2012-2013. L'augmentation s'explique principalement par les dépenses relatives aux services médicaux, qui reflètent l'incidence des bonifications prévues dans les ententes signées avec les fédérations médicales, ainsi que par l'évolution des coûts liés au régime public d'assurance médicaments ;
- Concernant la condition des aînés, la dépense probable en 2013-2014 est supérieure de 5,4 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2012-2013. L'écart s'explique principalement par un montant de 2,2 millions de dollars attribuable à la centralisation des dépenses salariales et de loyers en 2013-2014 et de 1,6 million de dollars provenant des sommes additionnelles pour la politique Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec.

LE FONDS DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (FINESSS)³ ET LES AUTRES FONDS SPÉCIAUX

Le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS) finance principalement les services de première ligne, l'accroissement des volumes de service, les initiatives visant la performance et toute autre mesure d'accès aux services.

Le Fonds est principalement constitué des sommes prélevées par le ministre du Revenu au titre de la contribution santé en vertu de l'article 37.17 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Produits du FINESSS en 2013-2014 (en millions de dollars)

PRODUITS	PRÉVISIONS
Contribution santé et hausse d'impôt	1 075
Affectation d'une partie de la compensation pour l'harmonisation de la TVQ à la TPS	430
TOTAL – Produits	1 505

Charges du FINESSS en 2013-2014 (en millions de dollars)

Accès aux services de première ligne

CHARGES	PRÉVISIONS
Plan d'investissement pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées	273
Plan d'accès en déficience intellectuelle et physique	30
Groupes de médecine de famille (GMF)	113
Infirmières praticiennes spécialisées	19
Sous-total	435

Accès aux services et accroissement des volumes

CHARGES	PRÉVISIONS
Accès à la chirurgie et évolution de pratique en chirurgie	200
Chirurgie d'un jour	47
Fonctionnement des nouvelles installations	56
Soins oncologiques	136
Dialyse	158
Sous-total	597

3. Données probables utilisées lors de la préparation du budget de dépenses 2014-2015.

Autres mesures d'accès aux services

CHARGES	PRÉVISIONS
Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	168
Inhalothérapie	138
Ergothérapie	91
Électrophysiologie	51
Autres	18
Sous-total	466

Soutien à l'amélioration de la performance

CHARGE	PRÉVISION
Projet <i>Lean</i> et soutien à l'optimisation	7
Sous-total	7

Total des charges du FINESSS

	PRÉVISION
TOTAL – Charges	1 505

Les mesures de réduction de dépenses pour l'exercice financier 2013-2014

Dans le cadre du budget 2013-2014, le gouvernement a mis de l'avant une série de gestes permettant d'atteindre l'équilibre budgétaire. Parmi l'ensemble des mesures mises en œuvre pour l'exercice 2013-2014, les fonds spéciaux devaient contribuer à l'effort budgétaire par une cible spécifique de réduction de dépenses. Pour le Ministère, les efforts de réduction de dépenses de deux fonds ont été de 15 millions de dollars pour le Fonds de soutien aux proches aidants et de 10 millions de dollars pour le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie.

3.3 Les ressources informationnelles

LE MINISTÈRE

En ce qui concerne les ressources informationnelles, le Ministère a un double mandat. D'une part, il doit assurer la gestion des actifs informationnels et des infrastructures technologiques ministérielles et offrir le soutien à ses utilisateurs. D'autre part, il assure la gestion globale des actifs informationnels et la gouverne des services en ressources informationnelles du réseau de la santé et des services sociaux.

Dépenses et investissements prévus et réels en ressources informationnelles pour 2013-2014

DÉPENSES ET INVESTISSEMENTS EN RESSOURCES INFORMATIONNELLES	DÉPENSES ET INVESTISSEMENTS PRÉVUS (000 \$)	DÉPENSES ET INVESTISSEMENTS RÉELS (000 \$)
Activités d'encadrement	2 162	2 144
Activités de continuité	7 672	5 285
Projets	5 659	1 606
TOTAL	15 493	8 935

Les écarts observés entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'expliquent principalement par un gel du recrutement et par la limitation du recours à la sous-traitance.

La gestion des ressources informationnelles propres au Ministère a donné lieu, au cours de l'année 2013-2014, à des actions comprenant le développement, l'amélioration et l'implantation de systèmes d'information, notamment :

- le développement, l'amélioration et l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont ceux qui se rapportent :
 - au suivi de l'adhésion par les cliniques médicales au dossier médical électronique ;
 - au suivi des visites de courtoisie dans les CHSLD ;
 - à l'inspection des salons de bronzage, des salons funéraires et des ressources en dépendances ;
- la continuité de projets amorcés avant le 1^{er} avril 2013, tels que :
 - la certification des résidences privées pour aînés ;
 - les systèmes d'information pour le service de soutien en matière de technologies de l'information destiné à la clientèle ministérielle.

Investissement dans les ressources informationnelles

Les mandats confiés aux équipes ministérielles en technologies de l'information touchent principalement des applications de gestion à l'intention des utilisateurs du Ministère. Cependant, parmi ces actifs, certains peuvent aussi être utilisés par du personnel du réseau.

Nombre de projets en ressources informationnelles pour la période 2013-2014

ÉTAT DES PROJETS	NOMBRE
Projets en cours au début de l'exercice	3
Projets entrepris au cours de l'exercice	13
Projets en cours à la fin de l'exercice	2
Projets terminés au cours de l'exercice	14

Au cours de la période 2013-2014, le Ministère a entrepris plusieurs projets informatiques, dont les principaux sont :

- un système d'information unique, au Ministère, pour toute la gestion de ses immobilisations ;
- un registre national des ressources pour les personnes ayant des problèmes de dépendance et de jeu pathologique ;
- la bonification du système d'information du suivi des visites de courtoisie, afin de permettre au Ministère de suivre les visites d'agrément, entre autres, dans les centres jeunesse, en plus des CHSLD ;
- la conversion des outils logiciels d'aide à l'inspection du Ministère en un système d'information unifié permettant une efficacité accrue du travail des inspecteurs. L'inspection ministérielle touche notamment les salons de bronzage, la Loi sur le tabac, les salons funéraires et les résidences privées pour aînés.

Liste et ressources affectées aux principaux projets en ressources informationnelles pour 2013-2014

PROJETS	RESSOURCES FINANCIÈRES PRÉVUES ¹ (\$)	RESSOURCES FINANCIÈRES UTILISÉES (\$)
Développement de projets en 2013-2014 incluant : <ul style="list-style-type: none"> ▪ adhésion au DME ▪ système des inspections ▪ visites d'agrément dans les CHSLD ▪ outil service clientèle ▪ registre des autochtones ▪ vaccination contre la rougeole 	482 472	248 642
Registre des ambulanciers	92 063	61 456
Système d'inspection	155 400	114 460
Gestion des permis d'établissements	195 338	123 978
Refonte des applications Lotus Notes	480 815	347 481
Réserve en début d'année financière	692 129	300 990
TOTAL	1 617 402	1 197 007

1. Les ressources financières comprennent le coût en ressources humaines.

Les écarts observés entre les ressources financières prévues et celles utilisées s'expliquent principalement par des délais pour le recours à la sous-traitance. Certains projets ont débuté en septembre alors que la planification initiale prévoyait un démarrage en avril.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le Ministère assure la gestion globale de services des ressources informationnelles pour le réseau. De ce fait, il participe à la réalisation de certains projets de développement informatique à l'intention du réseau. Une fois ces projets terminés et déployés, il assure les activités de maintien et d'entretien qui en découlent. De plus, la gouverne concernant certaines infrastructures technologiques, dont le réseau de télécommunication, est sous la responsabilité du Ministère.

La création, en janvier 2013, du Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux a permis au Ministère de maintenir une comptabilité distincte des coûts des projets et des travaux informatiques réalisés à l'intention du réseau. Première année complète d'existence du Fonds, l'année 2013-2014 représente une période de transition. Pour cette raison, il n'a pas été possible d'établir les prévisions budgétaires au début de l'exercice financier.

Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux

ACTIVITÉS ET PROJETS	DÉPENSES ET INVESTISSEMENTS RÉELS (000 \$)
Total des activités d'encadrement	2 564
Total des activités de continuité	41 788
Total des projets	4 051
TOTAL global des dépenses et investissements en ressources informationnelles	48 403

Les projets de développement informatique (à l'intention du réseau)

Au cours de l'exercice 2013-2014, de nouveaux actifs informationnels ont été déployés et d'autres ont été adaptés pour soutenir les intervenants dans la prestation des soins. À titre d'exemple, des améliorations de modules ont été apportées au Système d'information pour les personnes ayant une déficience ainsi qu'à l'outil informatisé soutenant le Réseau de services intégrés pour les personnes âgées.

Le Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques

L'entente particulière relative à la participation des omnipraticiens au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques, entrée en vigueur en novembre 2012, prévoit que les médecins omnipraticiens qui choisiront de se prévaloir de ce programme adhéreront aussi au Dossier Santé Québec (DSQ). Pour y être admissibles, les médecins doivent choisir un DME homologué par le Ministère.

Au 31 mars 2014, le Ministère avait accepté la demande d'adhésion de 1 420 médecins omnipraticiens et de 315 infirmières. Il est prévu que 6 200 cliniciens de première ligne, 5 200 médecins et 1 000 infirmières devraient bénéficier du Programme. Un budget annuel de 15,4 millions de dollars est réservé à cette fin.

Le Dossier Santé Québec

Le Dossier Santé Québec (DSQ) est un outil électronique de partage d'information sécurisé entre professionnels de la santé autorisés qui leur permettra de consulter les informations cliniques des citoyens du Québec, quel que soit le lieu où le service est fourni. Un citoyen peut cependant signifier son refus de donner accès aux informations qui le concernent.

L'année 2013-2014 a été un moment charnière pour le DSQ, qui est passé d'un statut de projet expérimental limité à quatre régions à celui d'un véritable actif d'envergure nationale. Dès l'adoption, en juin 2012, de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé, le Ministère a en effet pu entreprendre l'implantation progressive du DSQ dans toutes les régions du Québec à l'été 2013.

Conformément à la Loi, une vaste campagne d'information a été menée auprès des professionnels de la santé et de la population préalablement à l'implantation du DSQ sur l'ensemble du territoire. Tenue de mai à juin 2013, cette campagne a permis de faire connaître le DSQ, de même que les droits des citoyens à son égard, notamment le droit de refuser d'y participer. Au terme de cette campagne, une très forte majorité (plus de 90 %) des adultes québécois avait une opinion positive du DSQ, ce qui explique le faible taux de refus enregistré (0,47 %).

Au 31 mars 2014, soit seulement huit mois plus tard, plus de 60 % des pharmacies québécoises (1 170 sur 1 817) sont branchées au DSQ. De même, 62 % des résultats de tests de laboratoire (52 laboratoires sur 127) et 60 % des examens d'imagerie médicale (91 sites d'imagerie sur 155) produits dans les établissements publics étaient disponibles à la consultation par les cliniciens autorisés.

À la même date, on comptait 10 565 utilisateurs du DSQ, répartis dans 1 170 pharmacies, 178 sites de GMF, 37 cliniques médicales de première ligne, 18 cliniques spécialisées, 9 unités de médecine familiale, 56 points de service CLSC, 30 salles d'urgence et 52 autres milieux cliniques.

On peut suivre l'évolution de l'implantation du DSQ en consultant le site Web suivant : www.dossierdesante.gouv.qc.ca.

Les dépenses totales pour le Dossier Santé Québec

Au 31 mars 2014, les dépenses totales pour le DSQ s'établissaient à 473,5 millions de dollars, par rapport à des investissements prévus de 562,6 millions de dollars. Le tableau suivant présente le contour financier du budget 2013-2014 tel qu'il a été révisé en 2012-2013, y compris la contribution attendue d'Inforoute Santé du Canada et celle du gouvernement du Québec, de même que le montant des dépenses réelles au 31 mars 2014.

Dossier Santé Québec : contour financier et dépenses

PROJETS LIÉS AU DSQ	PROPRIÉTAIRES	CONTOUR FINANCIER DU BUDGET 2012-2013 REVISÉ (EN MILLIONS DE DOLLARS)	CONTRIBUTION ATTENDUE D'ISC (EN MILLIONS DE DOLLARS)	CONTRIBUTION DU QUÉBEC (EN MILLIONS DE DOLLARS)	DÉPENSES AU 31 MARS 2014 (EN MILLIONS DE DOLLARS)
Couche d'accès à l'information de santé (CAIS) incluant les adaptations à l'Infrastructure à clé publique (ICP)	RAMQ	26,3	22,2	4,1	26,3
Consentement					
▪ Registre des consentements	RAMQ	4,0	—	4,0	4,0
▪ Service de gestion	RAMQ	2,4	—	2,4	2,4
Imagerie diagnostique	ASSS Mtl	116,6	71,9	44,7	93,9
Index patient maître (IPM)	ASSS	22,1	10,0	12,1	22,1
SécurSanté initialement appelé ICP	RAMQ	24,3	—	24,3	22,5
Médicaments	RAMQ	50,1	40,1	10,0	37,6
Registres des intervenants et des usagers	RAMQ	22,1	10,0	12,1	22,1
Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)	ASSS Mtl	2,0	2,0	0,0	2,0
Santé publique (Panorama)	INSPQ	23,6	17,1	6,5	23,0
Télésanté	ASSS Qc	42,8	21,0	21,8	33,5
Visualiseur du dossier de santé électronique (DSÉ), DSÉ et Laboratoires	ASSS Mtl	108,5	91,3	17,2	97,2
Coûts des activités communes					
▪ Intérêts		19,6	—	19,6	8,8
▪ Administration		19,2	—	19,2	19,6
▪ Architecture, gestion de projets et gestion du changement		21,9	13,3	8,6	20,9
▪ Mise en œuvre et déploiement régional et Réseau de soutien et de valorisation par les pairs (RSVP)		52,2	3,2	49,0	36,7
▪ Évaluation des bénéfices		4,9	2,5	2,4	0,9
TOTAL		562,6	304,6	258,0	473,5

3.4 Le suivi de la mise en œuvre des standards sur l'accessibilité du Web

Suivi de la mise en œuvre des standards sur l'accessibilité du Web

ÉLÉMENTS	EXPLICATIONS
Liste des sections ou sites Web non conformes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sites Web produits par d'autres unités administratives que la Direction des communications ▪ Sites Web produits par des fournisseurs externes ▪ Intranet ministériel ▪ Certains documents téléchargeables
Résumé des réalisations pour la mise en œuvre des standards	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Logiciels spécialisés mis à la disposition du personnel du Ministère ▪ Soutien bureautique
Liste des obstacles et des situations particulières	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu de firmes offrent les services permettant de rendre accessible un document téléchargeable
Ressources mises à contribution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédacteurs de contenus du Ministère ▪ Équipe de graphisme de la Direction des communications ▪ Équipe Web de la Direction des communications ▪ Service à la clientèle de la Direction générale des technologies de l'information

ÉLÉMENTS	MISE EN APPLICATION
Prévision d'une refonte	Non
Élaboration d'un plan action	<p>Non</p> <p>Aucun plan d'action, mais tout site produit par la Direction des communications est accessible. Les rédacteurs des documents téléchargeables et les producteurs d'autres éléments mis en ligne sont responsables de produire leurs documents de manière à ce qu'ils soient accessibles</p>
Démarche de sensibilisation et de formation	<p>Oui</p> <p>Une section portant sur l'accessibilité se trouve sur la page d'accueil de l'intranet ministériel</p>
Existence d'un cadre de gouvernance	Non

L'APPLICATION DES EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES

4.1 L'accès à l'égalité en emploi

Les données globales

L'année 2013-2014 a été marquée par une diminution de l'embauche au Ministère. L'embauche totale de la dernière année a été de 226 nouveaux employés, dont 88 réguliers en comparaison de 494 personnes embauchées l'an dernier.

Embauche totale au cours de la période 2013-2014

PERSONNES EMBAUCHÉES	RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE
TOTAL	88	80	40	18
Nombre d'employés réguliers en place au 31 mars 2014			972	

Les membres de communautés culturelles, les anglophones, les autochtones et les personnes handicapées

Le Ministère poursuit ses efforts afin d'accroître la représentation des différentes composantes de la société québécoise parmi ses employés. En 2013-2014, il a recruté 33 membres des groupes cibles, ce qui correspond à 15 % de l'embauche incluant tous les statuts d'emploi. L'écart entre les résultats de l'année 2013-2014 et l'objectif d'embauche gouvernemental, qui est d'atteindre un taux annuel de 25 % de nouveaux employés, s'explique principalement par le fait que le bassin de candidats appartenant aux différents groupes cibles demeure restreint étant donné que les effectifs ministériels sont concentrés à Québec.

Au 31 mars 2014, 8 % de membres de communautés culturelles et 1 % de personnes handicapées composaient l'effectif régulier du Ministère. Ces résultats se rapprochent du taux de représentativité visé par le gouvernement, soit 9 % pour les membres de communautés culturelles et 2 % pour les personnes handicapées.

Taux d'embauche des membres des groupes cibles en 2013-2014

STATUTS D'EMPLOI	EMBAUCHE TOTALE 2013-2014	COMMUNAUTÉS CULTURELLES	ANGLOPHONES	AUTOCHTONES	PERSONNES HANDICAPÉES	TOTAL	TAUX D'EMBAUCHE PAR STATUT D'EMPLOI (%)
Réguliers	88	12	1	0	0	13	15 %
Occasionnels	80	11	0	0	0	11	14 %
Étudiants	40	5	0	0	0	5	13 %
Stagiaires	18	4	0	0	0	4	22 %

Taux d'embauche global des membres des groupes cibles par statut d'emploi, résultats comparatifs au 31 mars de chaque année

STATUTS D'EMPLOI	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Régulier	12 %	7 %	15 %
Occasionnel	8 %	11 %	14 %
Étudiant	18 %	20 %	13 %
Stagiaire	26 %	17 %	22 %

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, résultats comparatifs au 31 mars de chaque année

GROUPES CIBLES	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS DANS LE GROUPE CIBLE EN 2014	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL EN 2014	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS DANS LE GROUPE CIBLE EN 2013	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL EN 2013	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS DANS LE GROUPE CIBLE EN 2012	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL EN 2012
Communautés culturelles	73	8 %	56	6 %	31	5 %
Autochtones	4	0,4 %	4	0,4 %	3	1 %
Anglophones	7	1 %	6	1 %	4	1 %
Personnes handicapées	9	1 %	10	1 %	10	2 %

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, résultats par catégorie d'emploi au 31 mars 2014

GROUPES CIBLES	PERSONNEL D'ENCADREMENT		PERSONNEL PROFESSIONNEL		PERSONNEL TECHNICIEN		PERSONNEL DE BUREAU		PERSONNEL DES AGENTS DE LA PAIX		PERSONNEL OUVRIER		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
Communautés culturelles	0	0 %	46	9 %	17	9 %	10	8 %	0	0 %	0	0 %	73	8 %
Autochtones	0	0 %	3	1 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	4	0 %
Anglophones	1	1 %	2	0 %	4	2 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	7	1 %
Personnes handicapées	0	0 %	5	1 %	3	2 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	9	1 %

La représentation féminine

Le Ministère souhaite assurer aux femmes une place de choix dans tous les statuts d'emploi ainsi que dans l'ensemble des corps d'emploi. Au 31 mars 2014, les femmes représentaient 74 % des personnes nouvellement embauchées au Ministère et 68 % de l'effectif régulier.

Taux d'embauche des femmes en 2013-2014 par statut d'emploi

NOMBRE	PERSONNEL RÉGULIER	PERSONNEL OCCASIONNEL	PERSONNEL ÉTUDIANT	PERSONNEL STAGIAIRE	TOTAL
Nombre de femmes embauchées	60	60	33	14	167
Pourcentage par rapport au nombre total de personnes embauchées en 2013-2014	68 %	75 %	83 %	78 %	74 %

Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2014

NOMBRE	PERSONNEL D'ENCADREMENT	PERSONNEL PROFESSIONNEL	PERSONNEL TECHNICIEN	PERSONNEL DE BUREAU	PERSONNEL DES AGENTS DE LA PAIX	PERSONNEL OUVRIER	TOTAL
Nombre total d'employés réguliers	108	534	200	130	0	0	972
Nombre de femmes ayant le statut d'employée régulière	53	319	121	121	0	0	614
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	49 %	60 %	61 %	93 %	0 %	0 %	63 %

Les mesures ou les actions favorisant l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées

Le Ministère est soucieux de se munir de moyens pour favoriser l'embauche de personnes handicapées, notamment en respectant la priorité d'embauche des personnes qui ont une déficience et qui se sont qualifiées pour figurer sur la liste de déclaration d'aptitudes. Comme par les années passées, le Ministère participe à la promotion du Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées auprès de l'ensemble de ses gestionnaires. En cours d'année, un seul projet a été présenté au Centre de services partagés du Québec, mais il n'a pas été sélectionné.

Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées (PDEIPH) – Nombre de projets soumis au Centre de services partagés du Québec dans le cadre du PDEIPH

AUTOMNE 2013 (COHORTE 2014)	AUTOMNE 2012 (COHORTE 2013)	AUTOMNE 2011 (COHORTE 2012)
0	1 projet	0

Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées (PDEIPH) – Nombre de nouveaux participants au PDEIPH accueillis du 1^{er} avril au 31 mars

AUTOMNE 2013 (COHORTE 2014)	AUTOMNE 2012 (COHORTE 2013)	AUTOMNE 2011 (COHORTE 2012)
0	0	0

Autres mesures ou actions en 2013-2014 (activités de formation de gestionnaires, activités de sensibilisation, etc.)

MESURES OU ACTIONS	GROUPE CIBLE VISÉ	NOMBRE DE PERSONNES VISÉES
Promotion du Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées	Personnes handicapées	Tous les gestionnaires (102)

4.2 L'égalité entre les femmes et les hommes

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL POUR L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES 2011-2015

Le Ministère est responsable ou coresponsable de plusieurs actions du Plan d'action pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015. Les principaux résultats obtenus en 2013-2014 relativement à ces actions sont décrits ci-dessous.

Action 50: Soutenir des projets ayant pour objet la mixité, l'accompagnement et le répit des proches aidants de personnes âgées

En 2013-2014, un projet d'une valeur de 100 000 \$, visant l'accompagnement des proches aidants, a été financé.

Action 63: Sensibiliser la population et le personnel professionnel quant à l'utilisation des produits, des services et des moyens amaigrissants

En 2013-2014, le Ministère a notamment participé à la réalisation de quinze actions du Plan d'action pour la mise en œuvre de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée, dont il est responsable ou coresponsable.

Action 64: Poursuivre les activités de dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin, en donnant priorité à l'assurance qualité et à l'accessibilité

Pour soutenir les femmes afin qu'elles prennent une décision éclairée au regard de leur participation au dépistage du cancer du sein, une nouvelle brochure, intitulée *Participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein : votre décision*, a été diffusée à l'automne 2013. Celle-ci est envoyée aux femmes avec la lettre les invitant à participer au Programme. On y présente les avantages, les limites et les inconvénients du dépistage. De plus, depuis octobre 2013, une formation en ligne est offerte aux médecins et aux infirmières afin de les outiller pour qu'ils puissent aider leurs patientes à prendre une décision éclairée.

Le Ministère a mis en place un comité d'experts en janvier 2014 afin de soutenir la mise en œuvre et l'amélioration continue des Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, diffusées en 2011 par l'Institut national de santé publique du Québec.

Action 66: Adapter des services de santé et des services sociaux aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique présente ou potentielle d'excision ou d'infibulation

Le Ministère a confié le mandat suivant à l'Institut national de santé publique du Québec : réviser les programmes-cadres de formation interculturelle dans le réseau de la santé et des services sociaux en vue de mieux les adapter aux besoins des personnes issues des communautés ethnoculturelles.

Action 68: Assurer l'accès gratuit à un suivi prénatal précoce ainsi qu'à une information prénatale de qualité pour toutes les femmes enceintes et les futurs parents

L'équivalent de treize sages-femmes à temps complet s'est ajouté au réseau en 2013-2014. L'implantation des services de sage-femme se fait progressivement, selon l'élaboration des projets, les contraintes budgétaires et la main-d'œuvre disponible.

Action 68 B: Soutenir les pères dans l'exercice de leur rôle

En mars 2014, 96 % des régions avaient implanté le Programme de prévention du syndrome du bébé secoué. Selon les données du monitoring post-implantation, 94 % des parents des régions concernées reçoivent l'intervention préventive et, dans près de 89 % des cas, les deux parents y sont présents.

L'inclusion des pères n'a pas fait l'objet de mesures spécifiques, mais elle a plutôt été intégrée de façon transversale à la Politique de périnatalité, exception faite des interventions éducatives sur le syndrome du bébé secoué et des visites postnatales effectuées en présence du père.

Action 76: Documenter l'ampleur du problème de la violence familiale au Québec, dont l'exposition des enfants à la violence conjugale

Le rapport d'enquête intitulé *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec 2012* a été publié en juin 2013. Il porte notamment sur l'exposition des enfants à des conduites violentes entre conjoints, sur les attitudes générales des parents à propos de la discipline physique et de l'éducation des enfants, sur la justification de la violence des parents par le comportement de l'enfant et sur la conciliation travail-famille ou le stress familial.

Autres actions inscrites par le Ministère dans le Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015

Les résultats des actions 12, 24, 49, 51, 65, 67, 69, 70 et 71 ne sont pas présentés ici soit parce que les données ne sont pas disponibles, soit parce que ces actions ne présentent pas d'éléments marquants pour l'année de référence ou encore parce que les engagements ont été réalisés au cours des années passées.

**LE PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL EN MATIÈRE D'ANALYSE DIFFÉRENCIÉE
SELON LES SEXES (ADS) 2011-2015**

Le Ministère a poursuivi la mise en œuvre des engagements dont il est responsable ou coresponsable dans le Plan d'action gouvernemental en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015. Pour l'exercice 2013-2014, les principaux résultats des actions sont décrits ci-dessous.

Action 10: Mettre en œuvre des projets d'expérimentation afin d'améliorer le continuum de services intersectoriels en matière d'emploi et de santé pour les personnes ayant des troubles de santé mentale

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ont réalisé quatre projets régionaux d'expérimentation afin de favoriser la progression des personnes ayant des troubles mentaux à travers l'offre de service disponible dans les deux réseaux.

Action 23: Poursuivre l'intégration de l'ADS à des actions ciblées lors de la mise en œuvre du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013

Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 a été reconduit pour la période 2013-2014. Cette année, deux collectes de données ont été réalisées. Elles portaient notamment sur l'âge et le sexe des personnes en situation d'itinérance qui utilisent les services d'hébergement, d'une part dans les ressources d'hébergement d'urgence en itinérance, et d'autre part dans les ressources offrant des lits et des logements de transition. De plus, des indicateurs contextuels (le revenu, le logement, l'insécurité alimentaire et la défavorisation sociale) ont été documentés.

Par ailleurs, la Politique nationale de lutte à l'itinérance – Ensemble, pour éviter la rue et en sortir prenant en considération l'ADS a été lancée le 27 février 2014.

Action 25: Poursuivre l'intégration de l'ADS à la mise en œuvre de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections sexuellement transmissibles

Au total, 14 029 interventions pour 8 262 femmes ont été réalisées en 2013-2014 par les services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dans les centres de santé et services sociaux, soit 58,7 % d'usagères comparativement à 10 599 interventions pour 5 804 hommes, soit 41,3 % d'usagers.

Autres actions inscrites par le Ministère dans le Plan d'action gouvernemental en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015

Les résultats pour les actions 12, 13, 21, 22, 24, 26, 27 et 28 ne sont pas présentés ici soit parce que les données ne sont pas disponibles, soit parce que ces actions ne présentent pas d'éléments marquants pour l'année de référence ou encore parce que les engagements ont été réalisés au cours des années passées.

4.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2013-2014, le Ministère a reçu 330 demandes d'accès formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels : 243 concernaient l'obtention de documents administratifs (74 %) et 87 portaient sur l'accès à des renseignements personnels (26 %).

Demandes d'accès à l'information

ANNÉES FINANCIÈRES	NOMBRE DE DEMANDES
2011-2012	284
2012-2013	390
2013-2014	330

Parmi les demandes reçues en 2013-2014, 62 % ont eu un accès total ou partiel à l'information, 12 % se sont soldées par un refus de communication – principalement en vertu des articles 18, 20, 34, 37, 39, 53 et 54 de la Loi – et 26 % concernaient des documents que le Ministère n'avait pas en sa possession ou qui relèvent de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de 20 jours et moins dans 76 % des cas. Sept recours en révision des décisions rendues ont été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information.

Demandes ayant obtenu une réponse du Ministère

TYPES DE DEMANDE	2012-2013	2013-2014
Renseignements généraux et avis sur la Loi	374	395
Registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès)	381	390
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés aux fins de recherche, d'étude ou de statistique	35	47

Le Ministère répond également aux demandes adressées en vertu de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé. Au cours de l'année, il a reçu 181 demandes concernant des renseignements de santé disponibles dans le Dossier Santé Québec (DSQ). Le Ministère a répondu positivement à 98 % de ces requêtes et 67 % ont été traitées dans un délai de 20 jours et moins. Il a également reçu 115 demandes en provenance de personnes voulant savoir qui a consulté ou qui a alimenté leur dossier dans le DSQ. Le Ministère a répondu positivement à la totalité de ces requêtes et 70 % ont été traitées dans un délai de 45 jours et moins.

Le Service de l'accès à l'information et de la propriété intellectuelle s'est assuré de la diffusion, sur le site Web du Ministère, de tous les documents mentionnés à l'article 4 du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels. En outre, la sensibilisation et la formation du personnel au sujet des obligations et des pratiques en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels ont constitué une part importante de son activité puisqu'il a répondu à plus de 395 demandes de renseignements et d'avis.

4.4 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration

Le Ministère a poursuivi la mise à jour de la politique linguistique ministérielle. La Direction des communications a travaillé en étroite collaboration avec la Direction des affaires juridiques pour adapter la politique ministérielle à la politique gouvernementale adoptée et diffusée en 2011, en tenant compte de la mission du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des enjeux qui lui sont propres.

Dans un premier temps, les sections consacrées aux communautés autochtones et ethnoculturelles du projet de politique linguistique ministérielle ont été soumises à l'Office québécois de la langue française pour obtenir un avis ; dans un second temps, un projet complet lui a été acheminé en vue d'avoir des commentaires. Depuis la réception des commentaires de l'Office, le Ministère a poursuivi ses travaux impliquant la Direction des communications, la Direction des affaires juridiques et les membres du comité permanent pour la politique linguistique.

Au cours de l'exercice financier 2013-2014, le Ministère n'a reçu aucune plainte de l'Office. La Direction des communications a traité 49 demandes d'avis ou de traduction anglaise de documents, et ce, en conformité avec sa politique linguistique. L'ensemble des communications et des activités du personnel du Ministère se sont déroulés dans le respect de cette politique.

4.5 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé

La Table de coordination nationale (TCN) des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) a comme responsabilités principales d'assurer la place stratégique de la médecine académique auprès de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que de coordonner l'action des RUIS pour assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec.

Au cours de l'année 2013-2014, les membres de l'exécutif de cette table se sont réunis à trois reprises. Les projets ministériels prioritaires auxquels les RUIS participent activement ont été mis à l'ordre du jour des réunions dans le but d'en préciser les orientations et de faire une mise à jour quant à l'avancement des travaux.

Les principaux projets abordés au cours de ces rencontres ont été les suivants :

- la télésanté ;
- les soins palliatifs et les soins de fin de vie ;
- le projet Optilab (réorganisation des laboratoires d'analyses biomédicales au Québec) ;
- les groupes de médecine de famille (GMF) et les unités de médecine de famille (UMF) ;
- l'organisation médicale de la pédiatrie sur tout le territoire du Québec ;
- les comités d'éthique et les projets de recherche multicentriques ;
- l'appui à la première ligne dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs ;

- la mise en place d'un continuum de services pour les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC);
- la gestion de la douleur chronique;
- l'enseignement sur les soins aux personnes âgées;
- la stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP).

De plus, au cours de l'année, six tables sectorielles nationales (avec la participation des quatre RUIS) ont exercé leurs activités sous l'égide de l'exécutif de la TCN :

- la table en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;
- la table en génétique;
- la table en soins infirmiers;
- la table mère-enfant;
- la table sur la gestion de la douleur chronique;
- la table sur le vieillissement.

4.6 Le Plan d'action gouvernemental 2008-2013 – La diversité : une valeur ajoutée

34 C : Favoriser l'insertion socioprofessionnelle des jeunes Québécois des communautés culturelles au moyen du programme Qualification des jeunes qui s'adresse à des jeunes de 16 ans et plus ayant séjourné dans les centres jeunesse et qui ont besoin d'un soutien particulier pour définir leur projet d'avenir

Actuellement, 820 places dans les centres jeunesse sont disponibles au Québec. Toutefois, il n'est pas possible pour le moment de préciser le nombre de jeunes – issus des communautés culturelles – participant au programme Qualification des jeunes.

Par ailleurs, en 2013-2014, le Ministère a poursuivi différentes mesures pour donner suite aux recommandations formulées par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse dans son rapport intitulé *Profilage racial et discrimination systémique des jeunes racisés*.

41 K : Enrichir les programmes-cadres de formations interculturelles offertes au personnel et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux afin d'assurer la prise en compte de la diversité ethnoculturelle et religieuse et de prévenir la discrimination lors de la prestation des services

En septembre 2013, le Ministère a confié le mandat suivant à l'Institut national de santé publique du Québec : réviser les programmes-cadres de formations interculturelles offertes au personnel et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Les recommandations issues de ces travaux ont pour objet de reconnaître, avec une plus grande portée, les programmes-cadres existants, de proposer des modifications dans leur structure, leur contenu ou leur stratégie de formation ou encore, de proposer l'élaboration d'un nouveau programme-cadre pérenne et flexible dans sa réponse aux besoins des usagers.

41 L: Documenter la situation du racisme et de la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux à la lumière des recommandations du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux en matière de lutte contre le racisme et la discrimination pour les personnes issues des communautés culturelles afin d'établir les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le réseau.

Depuis le 1^{er} avril 2009, les établissements du réseau ainsi que les agences de la santé et des services sociaux répertorient les plaintes pour motifs de discrimination ou de racisme. En 2013-2014, 134 plaintes de ce type ont été reçues. Pour sa part, le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services a réalisé 55 interventions, services d'assistance ou consultations pour des motifs de discrimination ou de racisme. Par ailleurs, de 2012-2013 à 2013-2014, on a observé une hausse de 35 % des plaintes, des interventions, des services d'assistance ou des consultations.

41 M: Stimuler les efforts de recherche sur l'influence du racisme et de la discrimination sur la santé afin d'améliorer les orientations et les programmes ministériels et de mettre en œuvre des interventions visant la réduction des inégalités sociales de la santé

Le Réseau d'expertise du programme d'évaluation de bien-être et de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a procédé à la recension des formations offertes et données dans les régions qui accueillent des réfugiés et des demandeurs d'asile. Cette démarche s'inscrit dans le Plan d'action 2013-2014 qui trace la voie à une harmonisation des pratiques des treize CSSS qui ont mis en place le programme en question, dans le souci d'une amélioration des standards d'intervention.

Cette offre de formation destinée aux intervenants permet de mettre en œuvre des interventions adaptées aux besoins des personnes issues des communautés ethnoculturelles et qui visent, dans un contexte plus global, la réduction des inégalités sociales de la santé.

4.7 La Politique de financement des services publics

Le Ministère fixe plusieurs tarifs pour des biens et des services rendus par lui-même et le réseau. Compte tenu de la nature des services fournis et du nombre de tarifs, le processus tarifaire du Ministère, celui du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que celui qui est associé au transport préhospitalier d'urgence sont présentés distinctement dans cette section. Pour sa part, la RAMQ rend compte de son processus tarifaire dans son propre rapport annuel de gestion.

LE MINISTÈRE

Les revenus du Ministère provenant de diverses sources sont détaillés ci-dessous.

Les revenus et coûts estimés totaux

REVENUS TOTAUX ESTIMÉS 2013-2014	COÛTS TOTAUX ESTIMÉS 2013-2014
13,05 M\$	12,01 M\$

Les revenus et coûts estimés détaillés

La vente de permis

REVENUS ESTIMÉS 2013-2014	COÛTS ESTIMÉS 2013-2014
1,79 M\$	0,75 M\$

Les revenus et les coûts estimés relativement à la vente de permis concernent plus précisément l'octroi des permis de radiologie, de biologie médicale, d'orthèses et de prothèses, de directeur de funérailles, de centre médical spécialisé et de centre de procréation assistée. Les tarifs sont affichés sur le site Web du Ministère. Fixés initialement dans les lois et les règlements correspondants, ils sont indexés annuellement en fonction de l'indice des prix à la consommation. La plus récente indexation a eu lieu le 1^{er} janvier 2014.

L'assurance hospitalisation pour les étrangers

REVENUS ESTIMÉS 2013-2014	COÛTS ESTIMÉS 2013-2014
0,26 M\$	0,26 M\$

La RAMQ administre le programme d'assurance hospitalisation pour les ressortissants étrangers à prime. Il permet à la clientèle admissible de bénéficier des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et de la Loi sur l'assurance maladie, services pour lesquels le versement d'une prime est requis. Les primes ne sont pas publiées. Elles sont transmises par le ministère des Relations internationales aux clientèles visées. Ces primes sont fixées selon les évaluations actuarielles réalisées annuellement par la RAMQ. La plus récente révision des primes est en vigueur depuis le 1^{er} avril 2013.

Le recouvrement de la tierce responsabilité

REVENUS ESTIMÉS 2013-2014	COÛTS ESTIMÉS 2013-2014
11,0 M\$	11,0 M\$

La RAMQ recouvre les coûts des services de santé et des services sociaux auprès de tiers responsables visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que par la Loi sur l'assurance-hospitalisation. Les tarifs utilisés sont les prix de journée affichés dans chacun des établissements du réseau et les tarifs des services offerts en externe. Ils sont consultables sur le site Web du Ministère. Évalués en fonction des coûts, ces tarifs sont recalculés ou indexés, à quelques exceptions près, mais ils font tous l'objet d'un mécanisme de révision annuelle. La plus récente révision a eu lieu le 1^{er} mai 2013.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le réseau de la santé et des services sociaux a des revenus de tarification annuels de près de 1,6 milliard de dollars provenant de plusieurs sources.

Les revenus et coûts estimés totaux

REVENUS TOTAUX ESTIMÉS 2013-2014	COÛTS TOTAUX ESTIMÉS 2013-2014
1 562,9 M\$	4 601,6 M\$

Les revenus et coûts estimés détaillés

La contribution des adultes hébergés, les contributions parentales et la prestation fiscale pour enfants placés en famille d'accueil

REVENUS ESTIMÉS 2013-2014	COÛTS ESTIMÉS 2013-2014
833,0 M\$	4 135,3 M\$

La RAMQ administre le Programme de contribution financière des adultes hébergés et fixe les montants des contributions. Comme le précise son site Web, la contribution financière des adultes hébergés est le montant exigé de la part d'un adulte par le gouvernement pour son hébergement dans un établissement de santé au Québec. Cette contribution répond à un souci d'équité entre les personnes hébergées et celles qui vivent à domicile, ces dernières devant assumer les dépenses liées à leur gîte et à leur nourriture. Les services sociaux et les services de santé, quant à eux, sont gratuits pour tous les citoyens et citoyennes du Québec. Ils ne sont donc pas pris en compte dans le calcul de la contribution. La RAMQ fixe ainsi la contribution exigible par les établissements du réseau en fonction de la catégorie de chambre occupée et de la capacité de payer des personnes. Les modalités d'application de cette contribution sont prévues dans le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, aux articles 358 et suivants.

Quant aux contributions parentales, elles sont payées par les parents dont un enfant est hébergé par un centre jeunesse en famille d'accueil, un centre de réadaptation ou une autre ressource d'hébergement. Comme les parents demeurent responsables de leur enfant en vertu du Code civil du Québec, ils assument donc, conjointement avec l'État, les coûts d'hébergement de l'enfant. Une méthode de calcul permet de majorer la contribution selon la capacité de payer des parents. Les modalités applicables sont prévues dans le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, aux articles 347 et suivants.

Enfin, la prestation fiscale pour enfants provient du gouvernement canadien. Il s'agit d'un paiement pour des enfants de moins de 18 ans qui sont à la charge d'un établissement.

Les tarifs pour tous ces services sont consultables sur le site Web du Ministère. Ils sont recalculés ou indexés annuellement en fonction de l'indice des rentes. La plus récente indexation a eu lieu le 1^{er} janvier 2014.

Les suppléments de chambres

REVENUS ESTIMÉS 2013-2014	COÛTS ESTIMÉS 2013-2014
58,0 M\$	Sans objet

En vertu des articles 7 à 13 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, les établissements sont tenus de désigner des salles, des chambres semi-privées et des chambres privées. Ils sont aussi tenus de réclamer le tarif prévu pour l'occupation des chambres semi-privées et privées, selon les modalités prescrites par le Ministère.

Les tarifs se trouvent sur le site Web du Ministère. Ils sont indexés annuellement selon l'indice des rentes. La plus récente indexation a eu lieu le 1^{er} janvier 2014.

Les tierces responsabilités

REVENUS ESTIMÉS 2013-2014	COÛTS ESTIMÉS 2013-2014
205,6 M\$	Sans objet

Le Ministère assume le coût des services de santé et des services sociaux fournis par les établissements du réseau aux résidents du Québec lorsque ces services sont médicalement requis ou s'ils sont prévus dans une loi du Québec.

Cependant, le Ministère n'assume pas le coût des services rendus dans les circonstances suivantes :

- les services fournis à un résident du Québec ne sont pas médicalement requis ;
- les services sont fournis à un résident d'une autre province canadienne ;
- les services sont fournis à un non-résident du Canada ;
- le coût des services est assumé par un autre organisme en vertu d'une loi du Québec ou du Canada⁴.

Dans ce dernier cas, les établissements du réseau facturent le tiers responsable du paiement des coûts relatifs aux soins de santé et de services sociaux pour une clientèle particulière⁵.

Les tarifs utilisés sont les prix de journée affichés dans chacun des établissements du réseau et les tarifs des services rendus en externe, qui sont consultables sur le site Web du Ministère. Évalués en fonction des coûts, ces tarifs sont recalculés ou indexés, à quelques exceptions près, mais ils font tous l'objet d'un mécanisme de révision annuelle. Certains ont été révisés en date du 1^{er} avril 2012, et d'autres, en date du 1^{er} mai 2013.

4. Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, articles 3 et 4.

5. Par exemple, les établissements facturent les services de santé fournis aux travailleurs accidentés à la Commission de la santé et de la sécurité du travail, en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, ou encore, ils facturent la Gendarmerie royale du Canada, en vertu de la Loi sur la Gendarmerie royale du Canada, qui est responsable du coût des services de santé pour ses employés. C'est ce qui est communément appelé les revenus de tierces responsabilités.

Les activités accessoires

REVENUS ESTIMÉS 2013-2014	COÛTS ESTIMÉS 2013-2014
466,3 M\$	466,3 M\$

Les exigences du Ministère au regard des activités accessoires sont présentées sur son site Web. Les revenus de ces activités doivent permettre le financement des charges qui y sont liées et, donc, de s'autofinancer. Ce sont notamment des activités commerciales telles que le stationnement, le salon de coiffure ou d'autres activités complémentaires.

Les revenus totaux des activités accessoires sont estimés à 1 156,2 millions de dollars pour l'année 2013-2014. Par contre, ces revenus ne sont pas tous tirés de la tarification puisqu'ils incluent, entre autres, les revenus pour la recherche du Fonds de recherche du Québec – Santé. Seuls les revenus de tarification sont exposés ci-dessus.

Les tarifs des activités accessoires sont sous la responsabilité des établissements du réseau. Ils doivent être établis en fonction des coûts des activités.

TRANSPORT PRÉHOSPITALIER D'URGENCE

Les tarifs des services préhospitaliers d'urgence sont fixés par le Ministère et font l'objet d'un arrêté ministériel sous-jacent à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Ils sont consultables sur le site Web du Ministère. Les revenus qui en découlent sont perçus par les différentes entreprises qui offrent des services de transport ambulancier au Québec. À noter que les tarifs n'ont pas été révisés depuis 1997. Les estimations de 2013-2014 n'étant pas disponibles, les données de 2012-2013 sont présentées dans ce rapport. Il faut souligner que les particuliers contribuent à hauteur de 25 millions de dollars sur l'ensemble des coûts.

Les revenus et coûts totaux

REVENUS 2012-2013	COÛTS 2012-2013
106,0 M\$	559,0 M\$

Les revenus et les coûts détaillés

Revenus de tarification 2012-2013

SOURCES DE FINANCEMENT	MONTANTS
Établissements du réseau (transport interétablissements)	63,0 M\$
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (pour les prestataires de la sécurité du revenu)	12,0 M\$
Société de l'assurance automobile du Québec	5,0 M\$
Autres (organismes fédéraux)	1,0 M\$
Particuliers	25,0 M\$
Sous-total – Revenus de tarification	106,0 M\$

SOURCES DE FINANCEMENT	MONTANTS
Revenus de tarification	106,0 M\$
Ministère de la Santé et des Services sociaux (subvention)	453,0 M\$
TOTAL	559,0 M\$

4.8 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec

Cette section présente le suivi des actions entreprises par le Ministère pour répondre aux recommandations du Vérificateur général du Québec et les progrès réalisés au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans les rapports du Vérificateur général déposés depuis l'année 2009-2010.

LE SOUTIEN FINANCIER ACCORDÉ AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET PAR LES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (TOME I, 2008-2009)

La convention de soutien financier dans le cadre du financement en soutien à la mission globale des organismes communautaires dans le secteur de la santé et des services sociaux est en vigueur depuis avril 2012. Elle permet au Ministère et aux agences de mieux encadrer le suivi des organismes communautaires qui se trouvent dans des situations particulières pouvant mener à la retenue, à la diminution ou à la révocation de leur soutien financier. Comme la convention prend fin en mars 2015, sa révision pour les années 2015-2016 à 2017-2018 a débuté. Une rencontre a eu lieu avec le milieu communautaire au regard des modifications à y apporter. Le Ministère et les agences ont aussi entamé des travaux sur la gestion des situations particulières pour tenir compte de l'expérimentation de la première version de la convention et assurer un meilleur encadrement de la démarche de suivi de gestion.

Le comité de suivi de la convention, auquel siègent des représentants du milieu communautaire, s'est réuni en avril 2013 et en mars 2014 pour travailler sur le Guide d'application de la convention, l'addenda nécessaire pour tenir compte des organismes financés à partir d'avril 2013 et l'application en cours de la convention 2012-2015.

Un formulaire harmonisé de demande de soutien financier pour l'année 2014-2015 a été mis au point. Le Ministère et les agences ont transmis ce formulaire aux organismes signataires de la convention en décembre 2013 afin de leur permettre d'exprimer leurs besoins financiers pour l'année 2014-2015.

Le projet de CT Normes du Programme de soutien aux organismes communautaires a été bonifié pour préparer une prochaine présentation au Secrétariat du Conseil du trésor.

LA GESTION DES CENTRES JEUNESSE ET L'ALLOCATION DES RESSOURCES (TOME II, 2009-2010)

Les travaux du Comité indicateurs – programme Jeunes en difficulté, regroupant des représentants du Ministère, des agences, des centres jeunesse, des CSSS et de leurs associations respectives, se sont poursuivis en 2013-2014. Cinq rencontres ont été tenues au cours de l'année et les participants se sont entendus sur l'identification d'une vingtaine d'indicateurs permettant d'évaluer la performance des services offerts en centre jeunesse. Certains indicateurs sont actuellement mesurables, alors que d'autres requièrent des modifications au système de collecte des données et des changements dans les habitudes de codification des intervenants. Deux nouveaux indicateurs ont été développés, soit le nombre moyen d'évaluations réalisées annuellement par intervenant et le nombre moyen de déplacements par enfant.

En janvier 2014, un comité, composé de directeurs de la protection de la jeunesse, de directeurs de centres jeunesse ainsi que de représentants de l'Association des centres jeunesse du Québec, a commencé des travaux visant la révision des standards en centre jeunesse en vue de les intégrer dans la prochaine offre de services aux jeunes en difficulté et leur famille. Deux représentants du Ministère collaborent à ces travaux. Le suivi des résultats des indicateurs retenus par le comité indicateurs pour la dimension de l'efficacité permettra également au Ministère de préciser des standards qui favoriseraient une gestion économique et efficace des ressources par les centres jeunesse, comme l'a recommandé le Vérificateur général.

Au regard de l'allocation des ressources, en 2013-2014, l'écart du programme Jeunes en difficulté est de 18,5 millions de dollars, soit 1,8 % par rapport à la dépense de référence.

LA VIGIE RELATIVE AU PROJET DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC (TOME I, 2010-2011)

L'entrée en vigueur des principales dispositions de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé, le 20 juin 2013, a mis un terme au projet expérimental du Dossier Santé Québec (DSQ). Des modifications ont été apportées aux solutions et aux infrastructures des composantes du DSQ pour tenir compte des dispositions de la Loi. Le branchement des sites cliniques au DSQ s'est étendu à l'ensemble du Québec à partir de l'été 2013. Les domaines médicament, laboratoire et imagerie médicale sont alimentés et accessibles à la consultation.

La gouvernance globale du DSQ est assurée par le Ministère ainsi que son Bureau de programme pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Respect des exigences de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement

En conformité avec l'application de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement, le premier cycle du Plan de gestion des ressources informationnelles a été réalisé en 2013-2014. Ainsi, les organismes visés, les établissements et les agences de la santé et des services sociaux ont transmis au Ministère, au début de l'année financière, la Programmation annuelle en ressources informationnelles 2013-2014. De plus, les organismes ont produit deux bilans des projets en septembre 2013 et en mars 2014.

Le Ministère a produit des avis et formulé des recommandations relativement aux demandes d'autorisation des projets soumis par les organisations émettrices. Des informations additionnelles ont été demandées pour les projets qui ne font pas partie des priorités ministérielles, et ce, dans le but de donner un avis, favorable ou non. Les agences concernées ont été informées de la décision du Ministère par rapport aux projets ayant fait l'objet d'une demande d'autorisation.

LE SUIVI DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (TOME II, 2010-2011)

Le Ministère a poursuivi la mise en œuvre de son plan d'action qui a pour objet de systématiser l'évaluation de la performance au sein du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, la sélection des indicateurs de performance a continué en 2013-2014 dans différents domaines. De nouveaux groupes de travail ont aussi commencé leurs activités (dépendances, réseaux locaux de services). En outre, un tableau de bord permettant le suivi des indicateurs à l'échelle nationale, régionale et locale est en élaboration.

En juillet 2013, le Ministère a créé un infocentre qui constitue un carrefour de l'information en soutien à la mission organisationnelle. Le projet vise à proposer différents produits et services pour un accès facilité à de l'information de qualité, disponible en temps opportun, pour soutenir la prise de décision des gestionnaires et des professionnels du Ministère et du réseau.

Par ailleurs, le Ministère a élaboré, en collaboration avec la RAMQ, un projet d'entente sur la communication de renseignements nécessaires à l'appréciation et l'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux. Cette entente permettrait au Ministère de faire des liens entre les renseignements qu'il recueille déjà et ceux qui lui seraient communiqués par la RAMQ. Le projet a été soumis pour avis à la Commission d'accès à l'information en mars 2014.

Le Ministère a collaboré étroitement avec l'Institut canadien d'information sur la santé en vue de diffuser des renseignements comparatifs sur la performance des établissements du Québec. En particulier, les résultats du Québec ont été inclus dans un nouveau site Web consacré à la performance du système de santé et destiné au grand public (novembre 2013).

Enfin, en ce qui concerne les mesures qui incitent à la performance, il y a eu publication en février 2014 du rapport du groupe d'experts chargé de formuler des recommandations en vue de préparer l'implantation graduelle de nouveaux modes de financement centrés sur les patients dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le groupe d'experts recommande d'instaurer le financement axé sur le patient dans trois domaines prioritaires, soit l'accès aux services chirurgicaux, la qualité des soins et la prise en charge des maladies chroniques.

LES SERVICES SE RAPPORTANT À L'ALIMENTATION DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011-2012, AUTOMNE 2011)

Durant l'année 2013-2014, le Groupe de travail sur les services alimentaires a continué ses activités en tenant quatre réunions. Le développement du sondage sur les pratiques de gestion et de production liées aux services alimentaires et de nutrition clinique des établissements s'est poursuivi en début d'année. Le sondage a été transmis aux établissements en août 2013. La compilation des données et l'analyse des résultats du sondage ont aussi été réalisées.

Des travaux se sont poursuivis afin de définir et de diffuser des principes directeurs relatifs à la productivité des services alimentaires. Des thématiques ont été identifiées, validées et analysées en avril et en octobre 2013. Des recommandations ont été émises et la rédaction d'un rapport est commencée.

Concernant les indicateurs de suivi, les membres du groupe de travail ont fait connaître leurs préoccupations au sujet de l'indicateur de productivité actuellement utilisé (coût unitaire par repas). Une démarche est en cours pour modifier cet indicateur, et ce, pour passer au coût par « jour-repas ».

LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE – SERVICES D'HÉBERGEMENT (2012-2013, PRINTEMPS 2012)

Le Ministère a déposé en 2012-2013 un plan d'action qui répond aux recommandations qui lui étaient destinées. Depuis la publication du rapport du Vérificateur général du Québec, plusieurs actions ont été réalisées ou sont en cours.

Le Ministère poursuit actuellement l'élaboration d'orientations pour améliorer les soins et les services destinés aux personnes âgées hébergées en CHSLD. La diffusion de ces orientations permettra de préciser les rôles et les responsabilités des différents dispensateurs de services et de définir des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Ces travaux sont réalisés avec la collaboration d'un comité aviseur soutenu par un comité scientifique pour s'assurer que ces standards reposeront sur les meilleures pratiques. L'envoi progressif d'avis ministériels a débuté en février 2013 avec la diffusion de balises pour l'admission en CHSLD.

Le Ministère a également émis une circulaire qui précise le modèle d'appel d'offres pour l'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée qui doit être utilisé par les agences et les établissements. Cette action fait écho à la recommandation du Vérificateur général de mieux encadrer les achats de places réalisés auprès des promoteurs privés.

Qui plus est, le Ministère a poursuivi les travaux sur l'optimisation des services de soutien à domicile. En septembre 2013, les agences ont envoyé au Ministère leur rapport de suivi 2012-2013 de leur plan d'action sur l'optimisation en soutien à domicile. L'analyse des rapports de suivi a permis de documenter l'atteinte nationale de l'engagement 2012-2013 qui se situait à environ 10,2 millions d'heures de service. En effet, plus de 10,5 millions d'heures de service ont été rendues en 2012-2013, ce qui représente 102,9 % d'atteinte de l'engagement. Les travaux sur l'optimisation se maintiendront jusqu'en 2014-2015.

Pour ce qui est des mesures de contrôle de la qualité, l'ensemble de la démarche d'évaluation de la qualité en CHSLD a été révisé. Il s'agit d'un processus d'amélioration continu en fonction de l'évolution de la pratique. Au cours de l'année financière, 192 visites en CHSLD ont été réalisées avec les nouveaux outils d'évaluation. De même, dans le but de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés, le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés est entré en vigueur en mars 2013. Ce dernier instaure l'obligation d'obtenir une attestation temporaire de conformité avant l'accueil du premier résident. De nouveaux critères et de nouvelles normes sont aussi venus préciser les exigences qui doivent être respectées pour qu'une résidence soit certifiée.

LE DÉFICIT D'ENTRETIEN DES INFRASTRUCTURES PUBLIQUES (2012-2013, AUTOMNE 2012)

En avril 2013, le Ministère déposait un plan d'action visant à donner suite aux recommandations du Vérificateur général du Québec concernant la résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers. Eu égard à ce plan d'action, le Ministère a élaboré une démarche structurée comportant cinq étapes, démarche qui a reçu l'aval du Secrétariat du Conseil du trésor.

La réalisation de cette démarche est participative. Le Ministère a donc regroupé au sein d'un comité directeur et d'un comité aviseur des représentants des établissements et des agences afin d'assurer la gestion de projet. Quatre rencontres ont eu lieu depuis l'automne 2013.

En partenariat avec la Société québécoise des infrastructures, le Ministère a travaillé sur l'aspect assurance-qualité de l'information relative à l'état de son parc immobilier. À cet égard, il a été convenu d'une démarche méthodologique permettant de standardiser les listes de travaux à réaliser sur ses bâtiments et les coûts afférents ainsi que de valider ces listes. La validation sera effectuée par la Société québécoise des infrastructures

De plus, le Ministère a amorcé le développement d'un gabarit devant servir à la saisie, par les établissements, de l'information relative à l'état des bâtiments, ce qui créera ainsi la passerelle requise entre les établissements et le système Actifs+ Réseau. Le Ministère a également préparé un dossier d'affaires préliminaire, notamment pour développer de nouvelles fonctionnalités dans le système Actifs+ Réseau, lesquelles permettront de mesurer, en tout temps, le progrès fait en matière de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers et de s'assurer de l'utilisation effective de l'enveloppe prévue à cette fin.

Le Ministère a aussi participé, au cours des derniers mois, à des rencontres et à des travaux d'analyse concernant le Guide d'élaboration et de mise en œuvre des cadres de gestion des infrastructures publiques, préparé par le Secrétariat du Conseil du trésor, ouvrage dans lequel sont définies les lignes directrices auxquelles il est assujéti en tant qu'organisme public.

Outre ces rencontres, le Ministère a fait état de ses données disponibles au 31 mars 2014 relativement à l'inventaire, à l'état physique, à la valeur de remplacement et à la valeur estimée du déficit de maintien d'actifs de son parc immobilier, et ce, à la demande du Secrétariat du Conseil du trésor. Il a également fait état du niveau d'avancement de la mise en œuvre du guide mentionné plus haut au 31 mars 2014 et déposé un plan de travail 2014-2015 relatif à l'élaboration et à la mise en œuvre du cadre de gestion des investissements en infrastructures de son réseau.

LES RÉALISATIONS DU SECRÉTARIAT AUX ÂÎNÉS

LA DÉMARCHE MUNICIPALITÉ AMIE DES ÂÎNÉS

La démarche Municipalité amie des aînés (MADA) permet aux élus et aux fonctionnaires municipaux, aux organismes communautaires, aux intervenants de la santé ainsi qu'aux aînés de développer une vision commune, d'élaborer et de concrétiser des politiques et des plans d'action pour adapter leur municipalité au vieillissement de la population.

Au 31 mars 2014, 712 municipalités et municipalités régionales de comté (MRC) participent à la démarche MADA, y compris toutes les grandes villes. De ce nombre, 218 municipalités et MRC ont terminé leur démarche et sont reconnues MADA. Plus de 85 % des citoyens du Québec sont présentement dans une municipalité ou dans une MRC en démarche MADA. Pour l'année 2013-2014, un total de 55 projets, représentant 142 municipalités ou MRC, ont été recommandés pour un montant total de 1 534 347 \$.

Un soutien financier a été octroyé aux actions communautaires prioritairement issues des plans d'action élaborés dans le contexte de la démarche MADA. Ce financement est maintenant sous la responsabilité des conférences régionales des élus, conformément aux ententes spécifiques.

Au cours de l'année, le Carrefour action municipale et famille a été financé, selon la convention prévue à cet effet, pour qu'il offre un accompagnement technique aux municipalités et aux MRC. Le Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université de Sherbrooke, aussi financé par le Secrétariat aux aînés, a contribué, par la réalisation de diverses recherches et par les activités de son réseau international, à assurer un développement rigoureux et optimum du modèle MADA.

Le Réseau des grandes villes MADA a été mis sur pied en 2011 à la demande des dix grandes villes du Québec. Ce réseau est axé sur l'échange des bonnes pratiques sur la démarche MADA, tant à partir des expériences respectives des grandes villes que des formations offertes sur les connaissances développées en cette matière. Les deux rencontres annuelles du Réseau, auxquelles participent les chargés du dossier MADA dans les grandes villes et les élus responsables des aînés, sont organisées et animées par le Secrétariat aux aînés, en collaboration avec le Carrefour action municipale famille et le Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université de Sherbrooke.

En février 2014, une rencontre du Réseau a eu lieu à Drummondville. À cette occasion, les villes de Gatineau et de Laval ont présenté leur nouveau plan d'action MADA; une présentation sur l'évolution du bénévolat a également eu lieu. La Ville de Terrebonne a aussi fait connaître son projet Maison 55+.

Le Programme d'infrastructures Québec-Municipalités – Municipalité amie des aînés a offert une aide financière aux municipalités engagées dans la démarche MADA pour réaliser de petits travaux de construction, de réfection ou d'agrandissement d'infrastructures utilisées par les aînés.

LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE DES VILLES AMIES DES ÂÎNÉS – ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Le Secrétariat aux aînés a organisé la 2^e Conférence internationale des villes amies des aînés en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé. Cette conférence s'est tenue à Québec, du 9 au 11 septembre 2013.

Sur le thème « Vivre et vieillir ensemble dans sa communauté », la Conférence a rassemblé plus de 700 participants venant de 245 villes et représentant 44 pays. Au Québec, les personnes inscrites venaient de 110 villes différentes. Des 700 participants inscrits, 518 (74 %) venaient du Canada, dont 17 % en dehors du Québec. Les participants se sont réunis pour partager leurs connaissances et leurs expériences sur les villes amies des aînés.

Parmi les personnes inscrites, 369 (52,6 %) ont répondu à un questionnaire d'évaluation. Les résultats sont très positifs. Les répondants ont fait le constat que les initiatives Villes amies des aînés ont été mises en valeur par un partage des connaissances, des programmes, des meilleures pratiques et des outils. Une forte majorité estime aussi que la Conférence a permis de renforcer le dialogue et la concertation entre les différents acteurs engagés dans la démarche Villes amies des aînés.

L'événement a contribué ainsi à la reconnaissance du Québec comme un leader en matière de développement de la démarche MADA sur la scène internationale. Il a aussi permis de faire connaître et reconnaître le Québec à l'égard des actions gouvernementales sur le plan du vieillissement de la population. Il a plus fait valoir son savoir-faire en matière d'adaptation des municipalités au vieillissement de la population.

LA RÉGIONALISATION DES FONDS

La Stratégie d'action en faveur des aînés a notamment pour objet d'adapter les services et les infrastructures régionales aux besoins des personnes âgées. Pour l'atteinte de cet objectif, des ententes spécifiques ont été conclues avec les 21 conférences régionales des élus du Québec et ont dû être renouvelées cette année.

La nouvelle entente s'intitule « Adaptation régionale pour l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées ». Elle s'inscrit dans le cadre de la politique Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec et suit une démarche de régionalisation. Le modèle d'entente se veut souple afin de pouvoir s'adapter aux besoins des milieux, tout en prévoyant des mécanismes de reddition de comptes et de suivi très rigoureux. Les ententes spécifiques doivent permettre d'atteindre les objectifs suivants : favoriser la participation sociale des aînés, lutter contre la maltraitance, soutenir les aînés vulnérables, favoriser les relations intergénérationnelles, favoriser l'accès à la culture, faciliter l'accès aux technologies de l'information et favoriser l'amélioration des conditions de vie des aînés.

Le ministre responsable des Aînés a octroyé un financement de 30 millions de dollars sur quatre ans par l'intermédiaire de lettres d'annonce et toutes les régions ont signé leur entente spécifique en 2013-2014, à l'exception du Gouvernement de la nation crie.

ANNEXE I LES LOIS DONT LA RESPONSABILITÉ DE L'APPLICATION RELÈVE, PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT, DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (RLRQ, chapitre A-5.01)

Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28)

Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29)

Loi sur l'assurance médicaments (RLRQ, chapitre A-29.01)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (RLRQ, chapitre A-33.1)

Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (RLRQ, chapitre C-5.2)

Loi sur les cimetières non catholiques (RLRQ, chapitre C-17)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (RLRQ, chapitre C-32.1.1)

Loi sur le curateur public (RLRQ, chapitre C-81)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (RLRQ, chapitre E-20.1)

Loi instituant le fonds de soutien aux proches aidants (RLRQ, chapitre F-3.2.1.1)

Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (RLRQ, chapitre F-4.0021)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance (RLRQ, chapitre H-1.1)

Loi sur les inhumations et les exhumations (RLRQ, chapitre I-11)

Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (RLRQ, chapitre I-13.03)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (RLRQ, chapitre I-13.1.1)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et la disposition des cadavres (RLRQ, chapitre L-0.2)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre M-1.1)

Loi sur le ministère de la Famille, des aînés et de la Condition féminine (RLRQ, chapitre M-17.2)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (RLRQ, chapitre M-19.2)

Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (RLRQ, chapitre M-35.1.3)

Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (RLRQ, chapitre P-9.0001)

Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001)

Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac (RLRQ, chapitre R-2.2.0.0.1)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (RLRQ, chapitre R-5)

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 (RLRQ, chapitre R-24.0.2)

Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (RLRQ, chapitre S-5)

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, chapitre S-6.2)

Loi sur le tabac (RLRQ, chapitre T-0.01)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (RLRQ, chapitre U-0.1)

ANNEXE II L'ÉVOLUTION DES RÉSULTATS AU REGARD DES OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015

ENJEU 1

L'ACTION EN AMONT DES PROBLÈMES ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014
85 % d'implantation des activités prévues au PNSP d'ici 2015	81,5 %	Sans objet	84,7 %	Sans objet
85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien d'ici 2015	68,8 %	Sans objet	79,7 %	Sans objet
Adoption d'une stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle en 2011 et évaluation de sa mise en œuvre en 2015	Non disponible	Stratégie en cours d'élaboration	Stratégie en cours d'élaboration	Stratégie en cours d'élaboration

ENJEU 2

LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014
70 % de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (en GMF ou hors GMF) d'ici 2015	57 %	60 %	62 %	65 %
300 GMF implantés d'ici 2015	223	239	253	258
70 % des médecins de famille pratiquent en GMF (ou modèles équivalents) d'ici 2015	51 %	56 %	55 %	55 %
250 IPS en soins de première ligne et offrant des services de première ligne d'ici 2015	46	89	145 ¹	197
100 % des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux d'ici 2015	56 %	63 %	63 %	63 %
90 % des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auquel on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins d'ici 2015	88 %	88 %	87 %	89 % ²

1. À compter de 2012-2013, les IPS candidates sont ajoutées au nombre total annuel d'IPS.

2. Le résultat correspond aux données cumulatives des périodes financières 1 à 12.

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014
100 % des territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur d'ici 2015	21 %	33 %	57 %	82 %
100 % des territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace ou jugé prometteur d'ici 2015	55 %	66 %	79 %	77 %
Diminution du taux d'enfants resignalés	Non disponible	19 %	18 %	18 %
Diminution du taux d'enfants faisant l'objet d'une nouvelle intervention du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) à la suite d'un signalement	Non disponible	10 %	10 %	9 %
Diminution du nombre moyen de déplacement des enfants	Non disponible	Non disponible	Non disponible	1,31
2 % des jeunes et des adultes (population du Québec) recevant des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS d'ici 2015	Près de 1 %, soit 75 848 personnes	Près de 1 %, soit 76 193 personnes	1 %, soit 81 284 personnes	1,1 %, soit 89 140 personnes
100 places en CSSS par 100 000 adultes en suivi intensif dans le milieu d'ici 2015	2 098 places, soit 26 places par 100 000 personnes	2 251 places, soit 28 places par 100 000 personnes	2 467 places, soit 31 places par 100 000 personnes	2 622 places, soit 33 places par 100 000 personnes
250 places par 100 000 adultes en soutien d'intensité variable d'ici 2015	4 184 places, soit 52 places par 100 000 personnes	4 110 places, soit 51 places par 100 000 personnes	3 930 places, soit 49 places par 100 000 personnes	3 972 places, soit 49 places par 100 000 personnes
Augmentation du nombre de jeunes et d'adultes qui reçoivent des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par les CSSS	Non disponible	4 488	5 602	6 820
70 % d'implantation des RSIPA à l'échelle du Québec d'ici 2015	52 %	62 %	68 %	74 %
60 % des centres hospitaliers ayant mis en place 4 des 6 composantes liées à l'approche adaptée à la personne âgée	Non disponible	Non disponible	Non disponible	5 %
Augmentation de 10 %, par rapport à 2009-2010, du nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	9 194 878 heures Diminution de 3 %	9 923 154 heures Augmentation de 5 %	10 472 838 heures Augmentation de 11 %	11 643 858 heures Augmentation de 23 %
Augmentation du nombre de places en ressources résidentielles de proximité	41 291	Non disponible	Non disponible	Non disponible

ENJEU 3

UN DÉLAI RAISONNABLE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014
90 % des demandes de services par des personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis d'ici 2015 pour les demandes de niveau :				
▪ de priorité urgente : 3 jours	50 %	57 %	65 %	72 %
▪ de priorité élevée : 33 jours en CSSS et 97 jours en CR	76 %	82 %	82 %	84 %
▪ de priorité modérée : 360 jours	Non disponible	Non disponible	90 %	90 %
80 % des personnes ayant une dépendance évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins d'ici 2015	62 %	68 %	73 %	75 %
90 % des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour :				
▪ une chirurgie d'un jour	92 %	92 %	92 %	91 %
▪ une chirurgie avec hospitalisation	95 %	95 %	95 %	95 %
▪ une arthroplastie totale de la hanche	81 %	81 %	80 %	82 %
▪ une arthroplastie totale du genou	81 %	78 %	77 %	79 %
▪ une chirurgie de la cataracte	96 %	97 %	96 %	97 %
▪ une chirurgie bariatrique	Non disponible	62 %	66 %	62 %
▪ ensemble des demandes	Plus de 90 %	93 %	93 %	93 %
Pourcentage des demandes de services réalisées dans les délais établis pour les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire, soit Hémodynamie				
▪ catégorie A : moins de 2 semaines (cible 100 %)	91 %	91 %	94 %	91 %
▪ catégorie B : de 2 semaines à 2 mois (cible 90 %)	85 %	86 %	91 %	85 %
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en : Chirurgie cardiaque				
▪ catégorie A : moins de 2 semaines (cible 100 %)	89 %	90 %	86 %	86 %
▪ catégorie B : de 2 semaines à 3 mois (cible 90 %)	73 %	66 %	67 %	70 %
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en : Électrophysiologie				
▪ catégorie A : moins de 48heures (cible 100 %)	76 %	71 %	71 %	77 %
▪ catégorie B : de 48 heures à 3 mois (cible 75 %)	38 %	40 %	45 %	46 %
90 % des personnes atteintes de cancer traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	98 %	97 %	98 %	99 %

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014
90 % des personnes atteintes de cancer traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en chirurgie-oncologique	Non disponible	Non disponible	Non disponible	59 %
Au plus 15 % des séjours de 24 heures et plus sur civière d'ici 2015	24,5 %	23,6 %	24,0 %	22,7 %
Moins de 1 % des séjours de 48 heures et plus sur civière d'ici 2015	7,0 %	6,5 %	6,7 %	5,9 %
Séjour moyen sur civière de 12 heures ou moins	17,6 heures	17,2 heures	17,5 heures	16,7 heures
Diminution, par rapport à 2009-2010, du nombre total d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	5 572, soit une augmentation de 177	6 027, soit une augmentation de 632	6 558, soit une augmentation de 1 163	5 549, soit une augmentation de 154

ENJEU 4

LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014
90 % des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis d'ici 2015 pour <ul style="list-style-type: none"> ▪ diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> 	75 %	79 %	84 %	78 %
<ul style="list-style-type: none"> ▪ bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline 	91 %	89 %	85 %	97 %
<ul style="list-style-type: none"> ▪ bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs 	91 %	89 %	96 %	96 %
Identification dans chaque établissement des créneaux d'expertise en services de santé et en services sociaux de 2010 à 2015	Non disponible	Services sociaux : 100 % Services de santé : non disponible	Services sociaux : 100 % Services de santé : non disponible	Services sociaux : 100 % Services de santé : non disponible
100 % des établissements avec désignation universitaire ayant mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances d'ici 2015	Non disponible	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %
100 % des inventaires des activités accomplies en transfert des connaissances destinées au réseau réalisé	Non disponible	Services sociaux : inventaire réalisé	Services sociaux : inventaire réalisé	Services sociaux : inventaire réalisé

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014
Augmentation du nombre de projets d'évaluation réalisés ▪ par les unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux	Non disponible	7 projets	11 projets	6 projets
Cycle d'homologation d'un nombre limité de solutions informatiques de DME réalisé	Aucun	1 ^{er} cycle réalisé, 7 solutions DME homologuées	2 ^e cycle réalisé, 8 solutions DME homologuées	3 ^e cycle réalisé, 9 solutions DME homologuées
50 % des établissements qui utilisent une solution informatique de DCI complète ou partielle ¹	11 %	11 %	31 %	52 %

1. La méthode de calcul inclut maintenant les solutions de DCI complètes et partiellement implantées car elles sont toutes les deux utilisables.

ENJEU 5

L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014
50 % des postes de résidence comblés par des étudiants inscrits dans un programme de médecine familiale d'ici 2015	42 %	43 %	46 %	46 %
80 % d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille par catégorie de régions ▪ régions éloignées	100 %	121 %	98 %	111 %
▪ régions intermédiaires	98 %	108 %	82 %	103 %
▪ régions périphériques	101 %	101 %	99 %	100 %
▪ régions universitaires	101 %	100 %	100 %	100 %
80 % d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine spécialisée par catégorie de régions ▪ régions éloignées	80 %	80 %	81 %	82 %
▪ régions intermédiaires	86 %	87 %	88 %	90 %
▪ régions périphériques	93 %	91 %	90 %	90 %
▪ régions universitaires	96 %	96 %	96 %	96 %
100 % des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	Non disponible	Non disponible	93 %	96 %

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014
100 % des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail d'ici 2015	Sans objet	82 %	89 %	92 %
Diminution de 10 % du nombre d'heures travaillées en heures supplémentaires d'ici 2015				
▪ infirmières (cible 5,12 %)	5,73 %	5,59 %	5,61 %	5,16 %
▪ ensemble du réseau (cible 3,11 %)	3,35 %	3,40 %	3,40 %	3,13 %
Diminution de 25 % de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers d'ici 2015				
▪ infirmières (cible 3,45 %)	4,23 %	3,80 %	3,56 %	3,03 %
▪ infirmières auxiliaires (cible 2,26 %)	2,38 %	2,06 %	1,88 %	1,22 %
▪ préposés aux bénéficiaires (cible 1,38 %)	1,55 %	1,24 %	1,24 %	1,04 %
100 % des projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien aux cadres	Appel et sélection des projets Démarrage le 1 ^{er} mars 2011 des 9 projets retenus	9 projets sont en cours de réalisation	9 projets terminés au 31 mars 2013 (cible atteinte)	Sans objet
100 % des établissements participants ayant terminé leurs projets conformément à la deuxième phase du Programme d'amélioration des conditions d'exercice du travail des cadres ¹	Sans objet	Sans objet	Sans objet	100 % (cible atteinte, 34 établissements)
100 % des places prévues au programme de relève des hors cadres qui sont comblées par des cadres supérieurs chaque année	100 % des 32 places disponibles en 2010-2011	90 % des 20 places disponibles en 2011-2012	75 % des 20 places disponibles en 2012-2013	75 % des 20 places disponibles en 2013-2014
100 % des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines d'ici 2015	29 %	52 %	60 %	96 %
50 % des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail d'ici 2015	13 %	14 %	5 %	10 %
Obtention en 2010 et maintien par le Ministère de la certification selon la norme Entreprise en santé	Certificat renouvelé	Certificat renouvelé	Certificat obtenu	En attente de la décision du Bureau de normalisation du Québec
Diminution de 7,1 % du ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées d'ici 2015	5,75 %	5,86 %	6,09 %	6,13 %
100 % des établissements ciblés ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle d'ici 2015	79 %	87 %	87 %	87 %

1. Cet indicateur est ajouté en 2013-2014 afin de refléter plus exactement la poursuite des actions liées à cet objectif.

ENJEU 6

UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE

RÉSULTATS VISÉS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014
Diminution de 20 % du nombre de centres de traitement reliés aux technologies de l'information d'ici 2015	Sans objet	Sans objet	250	250
Méthodologie et indicateurs disponibles de 2010 à 2015	Sans objet	En développement	En développement	En développement
Diffusion d'un cadre d'analyse de la performance du système de santé et de services sociaux en 2011	Sans objet	Réalisé	Terminé	Terminé
Mise en place des modalités de production et de rétroaction mises en place dès 2012	Sans objet	Sans objet	Sans objet	En développement
Précisions apportées à la gouvernance par voie administrative ou législative en 2011-2012	Sans objet	Atteint : adoption de la Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux	Atteint et poursuite des actions	Atteint et poursuite des actions
Révision de la réglementation et des normes administratives de 2011 à 2015	Sans objet	Révision de la réglementation en cours	Révision de la réglementation en cours	Révision de la réglementation en cours Réduction de 30 % des circulaires en vigueur.

