

rapport
annuel
de
gestion

2014
2015

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



rapport
annuel
de
gestion

2014
2015

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, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-74038-4 (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, 2015

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 2014-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux, lequel rend compte des résultats obtenus au cours de la dernière année.

Le Québec relève des défis majeurs au regard de la santé et du bien-être de la population. Le Ministère et son réseau doivent répondre à l'évolution des besoins tout en assurant le contrôle des dépenses, la saine gestion des ressources et l'amélioration de la performance du système. Au cours de l'année, les efforts ont visé à continuer d'agir en amont des problèmes et d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins ainsi que des services.

Le rapport montre une amélioration des résultats dans plusieurs secteurs d'activité. Le résultat quant au nombre de personnes qui ont eu accès à des services de psychiatrie au-delà du délai de 60 jours s'est significativement amélioré. La cible visée concernant le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne a été atteinte cette année. Des gains appréciables ont notamment été obtenus en ce qui a trait au nombre d'heures de services de soutien à domicile de longue durée dispensés, au pourcentage d'implantation du programme de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques et à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée dans les centres hospitaliers.

L'atteinte des objectifs, que ce soit par le Ministère ou par le réseau de la santé et des services sociaux, nécessite la contribution d'un personnel compétent et dévoué, auquel nous souhaitons 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.

Gaétan Barrette
Ministre de la Santé et des Services sociaux

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 du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui a pris fin le 31 mars 2015.

Vous y trouverez les résultats obtenus par le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux au regard des objectifs et des 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 à l'utilisation optimale des ressources allouées.

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 faite par la Direction de l'audit interne, à la demande du Comité ministériel de vérification.

Par ailleurs, nous tenons à souligner tant la compétence que le professionnalisme des personnes qui travaillent au Ministère ou dans le réseau de la santé et des services sociaux, et nous saluons leur dévouement indéfectible pour le bien-être et la santé de l'ensemble des Québécoises et Québécois.

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

Michel Fontaine
Sous-ministre

TABLE DES MATIÈRES

Message des ministres	III
Message du sous-ministre	V
Liste des sigles	IX
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 2014-2015	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	55
2.3 La Déclaration de services aux citoyens	67
PARTIE 3 L'UTILISATION DES RESSOURCES	73
3.1 Les ressources humaines	73
3.2 Les ressources budgétaires et financières du Ministère et le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	77
3.3 Les ressources informationnelles	80
3.4 Le suivi de la mise en œuvre des standards sur l'accessibilité du Web	86
PARTIE 4 L'APPLICATION DES EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES	87
4.1 L'accès à l'égalité en emploi	87
4.2 L'égalité entre les femmes et les hommes	90
4.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels	92
4.4 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration	93

4.5	Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé	94
4.6	La Politique de financement des services publics.....	96
4.7	La gestion et le contrôle des effectifs ainsi que les renseignements relatifs aux contrats de services	100
4.8	Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec.....	101

ANNEXES

Annexe I	Les lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux	108
Annexe II	Bilan des réalisations du Plan stratégique 2010-2015	110

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 direction du ministère de la Santé et des Services sociaux. La responsabilité de 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 2014-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les contrôles afférents à ce rapport sont fiables. Elle correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Les membres du comité de direction,

Michel Fontaine
Sous-ministre

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

Luc Castonguay
Sous-ministre adjoint
Planification, évaluation et qualité

Sylvie Dupras
Sous-ministre adjointe
Services sociaux

Marco Thibault
Sous-ministre adjoint
Personnel réseau et ministériel

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

Pierre Lafleur
Sous-ministre adjoint
Coordination réseau et ministérielle

François Dion
Sous-ministre adjoint
Finances, immobilisations et budget

Richard Audet
Sous-ministre associé
Technologies de l'information et Bureau de programme pour
l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux

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 ainsi que l'annexe II 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 2015. 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 accompli au cours de notre examen.

Nous avons fait cet examen en nous inspirant des normes internationales sur la pratique professionnelle de l'audit interne établies 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 porterait à croire que l'information contenue dans les quatre sections mentionnées plus haut n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de l'audit interne,

Isabelle Savard
Directrice

Bureau du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2015

LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2014-2015

Réorganisation du réseau sociosanitaire

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2) a été adoptée le 7 février 2015 par l'Assemblée nationale. Elle modifie l'organisation et la gouvernance du réseau par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques. Pour plus de détails concernant cette réorganisation, il est possible de consulter le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation.

L'objectif est triple : favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population, contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et accroître l'efficacité et l'efficacéité du réseau. En outre, la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux permettra de générer des économies récurrentes significatives.

Adoption du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020

Le Ministère a lancé, le 7 décembre 2014, le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020, intitulé *Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*.

Ce plan d'action est issu d'une collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux avec quinze autres ministères et organismes. Il s'inscrit en continuité avec les travaux entrepris au Québec depuis 2008 en matière d'itinérance et il correspond notamment aux orientations de la Politique nationale de lutte à l'itinérance, *Ensemble pour éviter la rue et en sortir*, lancée en février 2014.

Ce plan d'action engage le gouvernement et ses partenaires à mettre en œuvre 31 actions et 111 moyens. Son approche globale, cohérente et durable est centrée sur le parcours de vie des personnes. Il s'appuie sur une approche préventive et préconise une intervention précoce, avec des mesures à mettre en place dès l'enfance. Il vise également à aider les personnes en situation d'itinérance à se sortir de la rue. Les mesures à leur intention touchent à la stabilité résidentielle, au revenu, aux services de santé et aux services sociaux ainsi qu'à l'insertion sociale et professionnelle. Le plan d'action contient aussi divers moyens pour éviter la marginalisation de ces personnes et pour leur accorder la place qui leur revient dans la société.

Ainsi, le plan d'action, marqué par un esprit de vaste mobilisation, invite tous les acteurs du milieu à se concerter pour agir de manière coordonnée et rigoureuse. L'itinérance constitue un phénomène inacceptable et c'est ensemble que nous pourrons la combattre plus efficacement.

Adoption de la Loi concernant les soins de fin de vie

La Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001) a été adoptée par l'Assemblée nationale le 5 juin 2014. Par une vision globale et intégrée des soins et des droits des personnes en fin de vie ainsi que des principes qui les sous-tendent, elle consacre l'importance qui doit être accordée aux soins palliatifs et les reconnaît formellement. Cette loi comporte deux volets :

- 1) les droits, l'organisation et l'encadrement relatifs aux soins de fin de vie, lesquels comprennent les soins palliatifs, incluant la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir ;
- 2) la reconnaissance de la primauté des volontés exprimées clairement et librement par la mise en place du régime des directives anticipées.

Au cours de l'année 2014-2015, divers travaux ont été entrepris afin de soutenir le réseau de la santé et des services sociaux dans la mise en œuvre des modalités de la Loi. Menés par différents professionnels, intervenants du réseau et partenaires, ils concernaient la définition des orientations ministérielles en matière de soins palliatifs et de fin de vie, l'instauration du régime des directives médicales anticipées et son registre, l'organisation de l'encadrement de l'aide médicale à mourir ainsi que la création de la Commission sur les soins de fin de vie. Celle-ci a le mandat d'examiner toute question concernant les soins de fin de vie et de surveiller l'application des exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir.

Ces travaux visaient l'application optimale de la Loi et l'harmonisation dans le réseau afin d'assurer aux personnes en fin de vie des soins et des services qui respectent leur dignité et leur désir d'autonomie.

Préparation à une épidémie de maladie à virus Ebola

Bien qu'il soit fort peu probable qu'une transmission soutenue de la maladie à virus Ebola (MVE) survienne en sol québécois, le Ministère s'est préparé, dès l'été 2014, dans une optique de prévention et de prise en charge éventuelle d'un ou de quelques cas de MVE.

Ainsi, le Ministère a désigné l'Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier universitaire de Montréal et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine pour prendre en charge d'éventuels cas confirmés de MVE. De plus, il a créé deux comités lui permettant d'assurer une coordination et un suivi optimaux : le Comité de coordination ministérielle MVE a réuni des ressources clés de chaque direction générale du Ministère, d'octobre 2014 à mars 2015, et le Comité de coordination réseau MVE – regroupant les représentants de directions du Ministère, des agences de la santé et des services sociaux ainsi que des centres désignés – s'est quant à lui réuni entre le 17 octobre 2014 et le 13 mars 2015.

Plusieurs documents et outils ont été élaborés et diffusés au cours des derniers mois afin de soutenir dans leur préparation les divers intervenants du réseau, que ce soit dans les services préhospitaliers, hospitaliers, de laboratoire, cliniques ou de santé publique. Aussi, une section du site Web du Ministère portant sur la MVE a été conçue à l'intention des professionnels de la santé ; elle donne accès à l'information épidémiologique à jour ainsi qu'aux divers outils et documents produits.

Par ailleurs, le Ministère participe à la conception d'outils pancanadiens s'inscrivant dans la préparation de la prise en charge de la MVE. Depuis le 10 novembre 2014, le Ministère collabore avec l'Agence de la santé publique du Canada à l'application des mesures mises en place pour le suivi des voyageurs en provenance d'un pays touché par la MVE.

Amélioration de l'adhésion au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques

Le Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques vise à faciliter et à accélérer l'informatisation des cabinets médicaux, des groupes de médecine de famille ainsi que des unités de médecine familiale et à encadrer l'implantation du dossier médical électronique (DME). Il traduit la volonté du gouvernement de renforcer les services de première ligne et s'inscrit dans la nouvelle gouvernance des technologies de l'information.

Ce programme, en vigueur depuis novembre 2012, connaît un bon succès. Au 31 mars 2015, 5 002 cliniciens de première ligne y ont adhéré; ils représentent 80 % de la cible prévue. Ce résultat a été atteint grâce à la collaboration du réseau de la santé et des services et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Il est prévu qu'à terme, en août 2016, 6 200 cliniciens de première ligne, soit 5 200 médecins et 1 000 infirmières, y auront adhéré.

L'adhésion au programme permet d'améliorer le suivi médical en offrant une information de qualité et structurée sur tous les patients pris en charge par les omnipraticiens. Par ailleurs, l'entente conclue entre les deux organisations prévoit que les médecins omnipraticiens qui choisissent de se prévaloir de ce programme adhéreront aussi au Dossier Santé Québec (DSQ).

Déménagement du Centre universitaire de santé McGill

À la fin de l'automne 2014, le Centre universitaire de santé McGill a pris possession du nouvel édifice bâti sur le site Glen. Il s'agissait de l'aboutissement de plusieurs années de travaux et d'investissements majeurs par le gouvernement du Québec. Les équipes cliniques de ce centre ont alors pu préparer le site en vue de l'arrivée du personnel et des usagers au printemps 2015.

Le déménagement s'est effectué en plusieurs phases; il a commencé par l'Institut thoracique de Montréal (vers le pavillon Camille-Lefebvre) et ont suivi le Royal-Victoria, l'Hôpital de Montréal pour enfants puis l'Institut thoracique pour enfants.

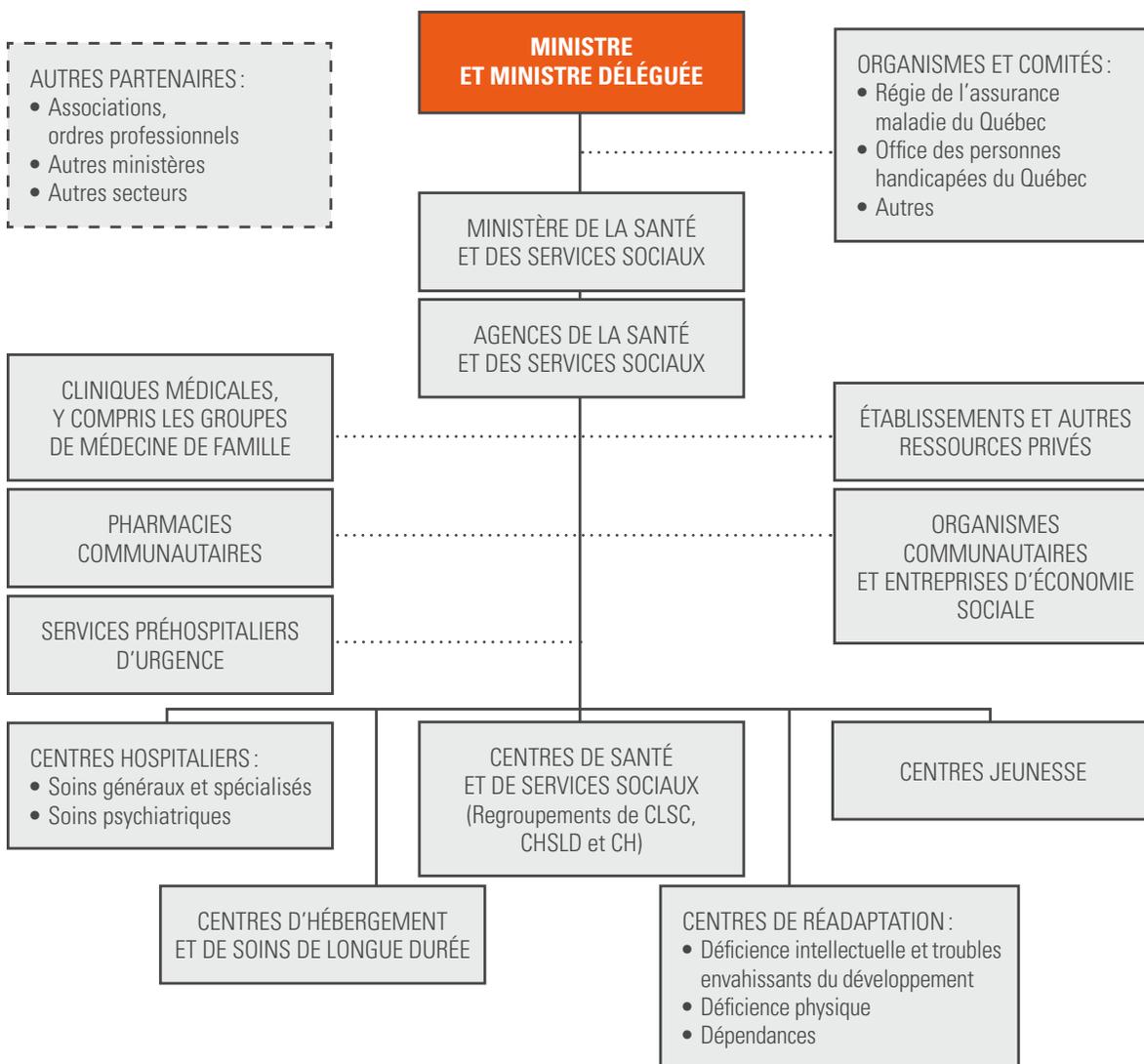
Le Centre universitaire de santé McGill est passé de 931 lits au permis à 832. Pour contrebalancer la diminution, il y a eu ouverture de 35 lits à l'Hôpital de Verdun et de 30 lits à l'Hôpital du Lakeshore, auxquels s'ajouteront 19 lits à l'Hôpital de Valleyfield, 17 lits à l'Hôpital Anna-Laberge et 4 lits à l'Hôpital Barrie Memorial. Cette restructuration des lits et la modernisation de ces établissements se font dans l'optique d'améliorer encore l'offre de service, et dans un souci d'efficacité. Ainsi, les soins de première, deuxième et troisième ligne doivent être offerts au bon endroit et de manière à concentrer l'offre dans les lieux désignés afin que celle-ci soit optimale par rapport aux ressources humaines et aux infrastructures disponibles.

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

La présente partie porte sur la structure administrative et le réseau du ministère 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.

LA 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 il veille à leur mise en œuvre. Il définit les normes relatives à l'accessibilité, à la qualité, à la continuité et à l'efficacité 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, douze organismes et autres entités 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 6,9 % de la population active du Québec. Au 31 mars 2014, on comptait :

- 975 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère, et 1 702 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- 268 127 cadres ou salariés dans les agences et les établissements publics ou privés conventionnés, soit :
 - 191 295 personnes affectées aux programmes-services, ce qui inclut notamment 112 973 infirmières, infirmières auxiliaires ou préposés aux bénéficiaires et 58 341 techniciens ou professionnels de la santé et des services sociaux,
 - 76 832 personnes affectées aux programmes-soutien ou auprès du personnel d'encadrement.

De plus, en 2013-2014, 30 318 professionnels ont reçu une rémunération de la RAMQ, dont 8 710 médecins omnipraticiens, 9 779 médecins spécialistes et 3 544 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 correspondant aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). 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 2015, le réseau de la santé et des services sociaux comprenait 269 établissements, soit 180 publics et 89 privés. Ces établissements gèrent 1 648 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 ;
- et 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 centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que celle d'un centre de réadaptation ;
- 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 précitées, 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 2 125¹ cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 262 groupes de médecine de famille (GMF);
- de 1 858 pharmacies communautaires;
- de services préhospitaliers d'urgence totalisant 682 ambulances et 67 véhicules de remplacement;
- de 3 508 organismes communautaires et de 102 entreprises d'économie sociale en aide domestique;
- de 2 091 ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupe, etc.) et de 7 504 ressources de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) rattachées aux établissements publics;
- de 1 889 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'usagers;
- 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, dans le cadre du 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 tels que l'éducation, l'habitation, le revenu, l'environnement et le transport.

1. Données du 23 juillet 2015.

LES RÉSULTATS

La deuxième partie traite des résultats atteints en 2014-2015 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 citoyens².

2.1 Le Plan stratégique 2010-2015

La présente 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. Les renseignements ayant une portée nationale ont été fournis directement par le Ministère ou sont tirés de la compilation des données recueillies dans les régions sociosanitaires. 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.

L'annexe II présente, sous forme de tableau, le bilan de l'évolution des résultats par rapport aux objectifs fixés dans le Plan stratégique 2010-2015. Ce tableau fait également état du degré d'atteinte des cibles selon les résultats obtenus en 2014-2015.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015

Le Rapport annuel 2014-2015 rend compte des 6 enjeux et des 53 objectifs contenus dans le Plan stratégique 2010-2015.

Au terme de la cinquième année couverte par le plan stratégique, le bilan est positif. En effet, en excluant les résultats non disponibles, c'est 49 % des résultats qui atteignaient leur cible au 31 mars 2015. Le bilan est d'autant plus encourageant lorsque l'on ajoute à ce pourcentage les résultats près d'atteindre leur cible (entre 70 % et 99 % d'atteinte) puisqu'il s'élève à près de 81 % de résultats satisfaisants.

Le tableau suivant illustre la répartition des résultats selon le pourcentage d'atteinte des cibles au 31 mars 2015.

Pourcentage d'atteinte des cibles en 2014-2015

NOMBRE DE RÉSULTATS VISÉS	ATTEINT 100 %	99 À 70 %	69 À 30 %	MOINS DE 30 % OU NON MESURABLE	NON DISPONIBLE
98	44	28	10	7	9

2. 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'indication contraire, 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 la santé et des services sociaux afin de simplifier la lecture des résultats.

ENJEU 1

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

Orientation 1.1

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

AXE : PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES

Objectif 1.1.1

Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013 ¹	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique	85 % ²	86 %	85 % des activités implantées d'ici 2015

1. Collecte biennale (2010 et 2011 ; 2012 et 2013 ; 2014 et 2015).

2. Le résultat de 2012-2013 a été arrondi afin de standardiser la présentation de l'information.

Le Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 (PNSP) se traduit, notamment, par l'énoncé d'un ensemble d'activités de santé publique qui doivent être implantées dans toutes les régions sociosanitaires ou sur tous les territoires locaux du Québec. L'implantation d'une activité fait référence à l'offre de celle-ci dans une région ou sur un territoire local, sans tenir compte de l'intensité ni de la continuité des services de santé publique. Ces activités se répartissent dans six domaines d'intervention : développement, adaptation et intégration sociale ; habitudes de vie et maladies chroniques ; traumatismes non intentionnels ; maladies infectieuses ; santé environnementale ; santé en milieu de travail.

Au 31 mars 2015, le pourcentage moyen d'implantation des activités s'établit à 86 %, variant de 73 % à 91 % selon les régions, ce qui représente une augmentation par rapport au résultat précédent (85 %)³. Ainsi, la cible fixée à 85 % des activités implantées d'ici 2015 est atteinte dans la plupart des régions et même dépassée dans onze d'entre elles.

3. Le pourcentage prend en compte 75 des 85 activités du PNSP ; 10 activités sont exclues du calcul des résultats en raison, notamment, de l'absence de certains préalables ou de certaines conditions nécessaires à leur mise en œuvre, ou encore de l'absence de la problématique dans des régions.

Objectif 1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants: infections transmissibles sexuellement et par le sang, habitudes de vie et maladies chroniques, chutes chez les personnes âgées, suicide

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013 ¹	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	80 %	83 %	85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires d'ici 2015

1. Collecte biennale (2010 et 2011 ; 2012 et 2013 ; 2014 et 2015).

Pour renforcer la prévention dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'une des stratégies privilégiées dans le PNSP est la promotion et le soutien de pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens de première ligne. Parmi les pratiques contenues dans le PNSP, quatorze ont été priorisées, soit celles qui ont trait aux habitudes de vie et aux maladies chroniques, aux chutes chez les personnes âgées, aux infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi qu'au suicide⁴. Afin de favoriser l'atteinte de la cible fixée pour 2015, les partenaires régionaux et nationaux disposent d'un réseau d'échange et de soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les différents milieux cliniques.

Au 31 mars 2015, la moyenne des pratiques cliniques préventives priorisées ayant fait l'objet d'activités de soutien est de 83 %, ce qui représente une augmentation par rapport au résultat précédent (80 %). La proportion des pratiques cliniques préventives ayant fait l'objet d'activités de soutien varie de 39 % à 100 % selon les régions et la cible de 85 % a été atteinte dans sept d'entre elles. Cet écart entre les régions est attribuable à la disponibilité ou non de ressources affectées à la promotion et au soutien des pratiques cliniques préventives. Cependant, la cible nationale fixée à 85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires implantées d'ici 2015 est pratiquement atteinte.

AXE : ACTION INTERSECTORIELLE

Objectif 1.1.3 Renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être (habitudes de vie et comportements sécuritaires, éducation, emploi, logement, etc.)

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle adoptée	Stratégie en cours d'élaboration	Stratégie en voie d'adoption	2011

4. Une des pratiques cliniques préventives priorisées n'est pas incluse dans les résultats de 2014-2015, soit celle qui se rapporte au suicide, puisqu'elle ne faisait pas partie de la liste établie à l'occasion de la mise à jour du PNSP en 2008. Les pourcentages portent donc sur treize pratiques cliniques préventives.

La Stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle est un document d'orientation ministériel qui se veut complémentaire au Programme national de santé publique. Centrée sur les bonnes pratiques de partenariat, la stratégie ministérielle vise à renforcer la collaboration du Ministère et des établissements du réseau avec leurs nombreux partenaires intersectoriels, aux différents paliers et dans des contextes variés.

Les travaux relatifs à l'élaboration de ce document sont en voie d'être finalisés. Plusieurs mandats stratégiques pour l'action intersectorielle favorable à la santé, notamment la révision du Programme national de santé publique, ont influencé ces travaux et ont contribué à leur enrichissement.

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 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (en GMF ou hors GMF)	65 %	66 %	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 2015, plus de trois millions de personnes (3 571 436 patients inscrits), soit 44 % de la population du Québec, étaient inscrites auprès d'un médecin de famille qui pratique dans un GMF et le nombre dépasse cinq millions (5 418 981 patients inscrits), soit 66 % de la population du Québec, si l'on 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 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Nombre total de GMF implantés	258	262	300 GMF d'ici 2015
Pourcentage des médecins de famille qui pratiquent en GMF (ou modèles équivalents)	55 %	58 %	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 2015, on comptait 262 GMF au Québec, ce qui représente 87 % de la cible. En 2014-2015, le nombre de GMF a augmenté de quatre, comparativement à cinq l'année précédente, et 25 sites cliniques ont été ajoutés à des GMF existants. La totalité des GMF se répartit sur 646 sites cliniques et regroupe plus de 4 100 médecins, soit environ 58 % 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. En outre, plus de 600 infirmières sont en poste dans les 262 GMF. Une nouvelle mesure a permis de consolider les équipes interprofessionnelles dans les GMF en autorisant l'ajout de près de 179 professionnels supplémentaires (équivalent temps plein) dans 63 GMF. Enfin, 90 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 GMF. 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. À cet effet, 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 unités de médecine familiale et les CLSC en vue de leur l'adhésion au modèle GMF.

Par ailleurs, depuis 2007-2008, le Ministère accorde un soutien financier à la création de cliniques-réseau, accessibles 7 jours sur 7. Outre les heures d'accessibilité, les services offerts peuvent varier d'une région à l'autre, car il s'agit d'un modèle régional d'organisation des services de santé. Ces cliniques offrent, entre autres, des services sans rendez-vous aux personnes n'ayant pas de médecin de famille. Au 31 mars 2015, 53 cliniques-réseau étaient accréditées dans 9 régions du Québec.

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

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Nombre total d’IPS en soins de première ligne et offrant des services de première ligne	197	251	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. Elles donnent, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et certains soins médicaux; elles prescrivent des examens diagnostiques, des médicaments ou d’autres substances, offrent des traitements médicaux, utilisent des techniques diagnostiques invasives et appliquent des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Au 31 mars 2015, 251 IPS en soins de première ligne offraient des services à la population. La cible fixée pour 2014-2015 a été atteinte.

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 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	63 %	69 %	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	89 %	90 %	90 % des appels d’ici 2015

La consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) est présentement offerte, de façon totale ou partielle, dans onze régions sociosanitaires du Québec : Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean (point de service qui dessert aussi la région du Nord-du-Québec), Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais⁵, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Laurentides ainsi que Montérégie.

Les régions de l’Estrie, de la Côte-Nord, de Lanaudière et des Laurentides offrent partiellement le service, car celui-ci n’est pas assuré 24 heures sur 24, ni 7 jours sur 7, par des professionnels en intervention psychosociale. Ces derniers sont présents pendant des plages horaires de travail différentes d’une région à l’autre. En leur absence, les infirmières du service Info-Santé répondent aux appels.

5. La population de l’Outaouais a eu accès au service le 30 mars 2015.

En raison de contraintes technologiques et de particularités régionales, la cible portant sur la mise en place d'un service dans toutes les régions n'a pas pu être atteinte. Toutefois, des travaux pour le déploiement de ce service ont été menés avec les autorités concernées par la question dans les régions qui sont partiellement desservies ou qui ne le sont pas encore, et ces travaux se poursuivent.

En ce qui concerne le pourcentage des appels pour une consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes, la cible est atteinte.

Orientation 2.2

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

AXE : PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES OU DE CANCER

Objectif 2.2.1 Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins

INDICATEURS ¹	RÉSULTATS 2014-2015 ²	CIBLES
Pourcentage de régions où est implanté un programme de réadaptation	88 %	50 % des régions d'ici 2015
Pourcentage de régions où est implanté un programme d'autogestion	44 %	50 % des régions d'ici 2015

1. Ces indicateurs ont été modifiés pour mieux correspondre à la réalité et à la méthode de collecte des données effectuée en mars 2015.

2. Les résultats des années 2010-2011 à 2013-2014 ne sont pas disponibles. Un premier bilan interne du Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne a été effectué en mars 2015.

En 2014-2015, 14 des 16 régions (88 %) avaient implanté un programme de réadaptation à l'intention des personnes atteintes d'une maladie chronique. Ce résultat, qui dépasse largement la cible fixée, peut s'expliquer par une forte adhésion du réseau à l'importance de mettre en place des trajectoires systématisées pour ces patients et par l'importance des données probantes dans ce domaine. Les pistes d'amélioration proposées se rapportaient à l'idée de mieux intégrer les services pour les différentes maladies chroniques, en agissant sur les facteurs de risque communs.

Au terme de la même année, 7 des 16 régions (44 %) avaient mis en place un programme favorisant l'autogestion aux patients atteints de maladies chroniques et plusieurs autres régions projetaient d'en mettre un en place. L'autogestion étant un concept jeune, mais dont l'efficacité est tout de même reconnue dans la littérature scientifique, un soutien devra être offert aux régions afin de les aider à mettre en place ou à consolider ce service.

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 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur	82 %	89 %	100 % des territoires locaux d'ici 2015

Le pourcentage des territoires locaux offrant un programme d'intervention en négligence dont l'efficacité est reconnue ou jugé prometteur est passé de 82 % en 2013-2014 à 89 % en 2014-2015. Au 31 mars 2015, 83 territoires locaux étaient ainsi 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.

Dans la plupart des régions sociosanitaires, la cible concernant le déploiement du programme en négligence est atteinte. Il faut toutefois souligner que, dans une région en particulier, la prestation des services n'avait pas encore commencé au 31 mars 2015, mais toutes les composantes du programme ont été mises en place pour offrir le service à compter du 1^{er} avril 2015. Ces résultats sont encourageants quant aux objectifs poursuivis par le Ministère en ce qui a trait à la problématique de la négligence au Québec.

Un programme d'intervention de crise et de suivi intensif

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	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	77 %	85 %	100 % des territoires locaux d'ici 2015

Au 31 mars 2015, 85 % des territoires locaux sont couverts par un programme d'intervention de crise et de soutien intensif dans le milieu. Ce programme vise à résoudre les crises, à éviter le retrait du jeune de son milieu familial ainsi qu'à mobiliser rapidement la famille afin de rééquilibrer la situation.

Bien que ce programme soit déployé dans la plupart des territoires locaux, sa mise en œuvre ne va pas sans difficulté dans deux régions. L'ampleur des distances à parcourir et la faible densité de population de certaines régions du Québec représentent des défis majeurs pour l'implantation du programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu. Le Ministère compte apporter du soutien à ces régions.

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 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	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	9 %	9 %	Diminution

Les résultats 2014-2015 représentent la situation à des jeunes pour lesquels l'application de mesures a pris fin au cours de l'année 2012-2013. Ainsi, 18 % de ces jeunes ont fait l'objet d'un signalement dans les douze mois suivant la fin de leur prise en charge et 9 % ont fait l'objet d'une nouvelle application de mesures par le directeur de la protection de la jeunesse. Ces taux sont les mêmes que ceux de la cohorte de jeunes pour lesquels l'application de mesures s'était terminée en 2011-2012.

Dans son plan stratégique 2010-2015, le Ministère s'était fixé comme objectif une diminution du taux d'enfants resignalés. Les résultats établis pour les années 2013-2014 et 2014-2015 ne montrent pas de diminution. Cependant, les résultats relatifs à la première cohorte visée par ce plan, soit celle pour laquelle l'application de mesures s'était terminée au cours de l'année 2009-2010, s'établissaient à 19 % en ce qui a trait au signalement et à 10 % pour ce qui est de faire l'objet d'une nouvelle application de mesures.

Bien que l'objectif soit atteint, il faut mentionner que les résultats portant sur les jeunes pour lesquels l'application de mesures se terminait en 2013-2014 ou en 2014-2015 ne seront connus qu'à l'hiver 2016 et à l'hiver 2017.

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	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Nombre moyen de déplacements des enfants ¹	1,31 ²	1,34	Diminution

1. Cet indicateur sert à calculer 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 2014-2015, il a été possible de déterminer que les enfants pour qui un signalement a été retenu au cours de l'année 2010-2011 et qui ont fait l'objet d'un placement ont vécu en moyenne 1,34 déplacement au cours des trois années suivant la date de rétention de leur signalement, comparativement à 1,31 déplacement pour les jeunes dont le signalement a été retenu en 2009-2010.

Ainsi, le nombre moyen de déplacements vécus par ces deux cohortes est semblable. Par contre, seuls deux types de déplacements sont pris en considération, soit :

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

Sont donc exclus, notamment, les déplacements des enfants confiés à une personne non reconnue à titre de famille d'accueil.

Il est trop tôt pour qualifier davantage l'évolution de la situation à l'égard de cet indicateur. En effet, cette appréciation nécessite de connaître la situation d'un plus grand nombre de cohortes de jeunes dont le signalement a été retenu, soit celles des années 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014. Or, les résultats de cette dernière cohorte ne seront disponibles qu'au printemps 2017.

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

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	1,1 % des jeunes et des adultes du Québec, soit 89 410 personnes	1,1 % des jeunes et des adultes du Québec, soit 93 274 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 sa progression : il est passé de 89 410 en 2013-2014 à 93 274 en 2014-2015. 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. Cependant, étant donné que 2 % des Québécois ont besoin de ces services et compte tenu également des efforts d'optimisation réalisés dans ce secteur, l'enjeu relié au développement de ces services, et des services de santé mentale en général, demeure important au terme du cycle de planification 2010-2015.

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

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	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)	2 622 places, soit 33 places par 100 000 personnes	2 809 places, soit 34 places par 100 000 personnes	100 places par 100 000 personnes d'ici 2015
▪ des services de soutien d'intensité variable (SIV)	3 972 places, soit 49 places par 100 000 personnes	4 198 places, soit 51 places par 100 000 personnes	250 places par 100 000 personnes d'ici 2015

Les résultats indiquent une légère progression du nombre de places offertes aux personnes ayant de graves troubles mentaux pour des services de type suivi intensif dans le milieu, nombre qui est passé de 2 622 en 2013-2014 à 2 809 en 2014-2015 (soit de 33 à 34 places par 100 000 personnes – jeunes et adultes). Le nombre de places offertes par les CSSS pour des services de soutien d'intensité variable a également augmenté, passant de 3 972 en 2013-2014 à 4 198 en 2014-2015 (soit de 49 à 51 places par 100 000 personnes). Il faut cependant préciser que les places pour ce dernier type de services sont en fait plus nombreuses, puisque celles qui sont offertes par les organismes communautaires ne sont pas comptabilisées dans par cet indicateur.

Compte tenu des besoins de la population québécoise au regard de ces services et des efforts accomplis afin d'en assurer un volume optimal, l'enjeu relié au développement de ces services demeure important au terme du cycle de planification 2010-2015.

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 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	6 820	7 138	Augmentation

Au cours de l'année 2014-2015, 7 138 personnes ont reçu, dans l'un ou l'autre des CSSS du Québec, des services de première ligne pour un problème de toxicomanie ou de jeu pathologique. Les services offerts par les CSSS sont la détection et l'intervention précoce, le suivi psychosocial post-traitement et médical pour les traitements de substitution, la désintoxication en milieu hospitalier ainsi que le service externe de désintoxication non intensive. Parmi les personnes rejointes au cours de la dernière année, on comptait 761 jeunes de moins de 18 ans et 6 377 adultes.

En 2014-2015, le nombre d'utilisateurs ayant reçu de tels services a fait un bond de près de 5 % par rapport à l'année précédente et, depuis 2011-2012, il a connu une augmentation de près de 60 %.

Ces hausses sont attribuables, entre autres, à la mise en place progressive de différentes mesures visant à consolider l'ensemble des services en dépendances de première ligne. Citons, parmi ces mesures, la formation des intervenants des CSSS à la détection et à l'intervention précoce, plus particulièrement à l'approche motivationnelle, ainsi que la désignation d'intervenants dédiés à la dépendance. Ces augmentations sont aussi dues à une amélioration de la saisie de l'information relative au nombre d'usagers joints par les intervenants de première ligne.

AXE : **PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE ET LEUR FAMILLE**

Objectif 2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille

INDICATEUR	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ a été élaboré par un CR ▪ a impliqué le CSSS 	Non disponible	Augmentation

Pour les personnes ayant une déficience et de leur famille, l'objectif inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 est d'assurer, au moyen d'un plan de services individualisé (PSI), la coordination des services lorsqu'elles en reçoivent simultanément d'un CSSS et d'un CR.

L'indicateur défini pour mesurer l'atteinte de cet objectif n'a jamais pu être développé en raison de difficultés méthodologiques liées aux systèmes d'information des établissements. D'une part, le Système d'information pour les personnes ayant une déficience, utilisé dans les centres de réadaptation, n'est pas déployé dans l'ensemble des établissements et la banque de données commune n'est pas disponible. D'autre part, le cadre normatif du système d'information des CSSS ne permet pas de s'assurer que, selon les données saisies, les personnes ayant un PSI ne soient comptées qu'une seule fois. Au final, les données contenues dans ces systèmes d'information ne sont ni complémentaires ni valides, ce qui justifie l'absence de résultat quantitatif.

Par ailleurs, certaines données qualitatives portant sur la coordination des services ont été obtenues et font l'objet d'un suivi en continu depuis 2008. Bien que ces données ne soient pas celles qui ont été prévues par l'indicateur du plan stratégique, le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience a permis de suivre l'implantation d'un intervenant pivot du réseau, responsable de la coordination des services et de l'élaboration d'un PSI lorsqu'une personne reçoit des services de plusieurs établissements. Ainsi, les données qualitatives recueillies auprès des régions montrent que ces standards de continuité s'actualisent de plus en plus.

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 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	74 %	78 %	70 % à l'échelle du Québec d'ici 2015

La mise en œuvre des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées représente le moyen retenu, depuis 2009, 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 réseaux locaux de services doivent implanter neuf composantes.

Le résultat obtenu pour l'année 2014-2015 concernant le degré d'implantation est de 78 % en moyenne pour l'ensemble du Québec. La cible est donc atteinte. De plus, une progression s'observe sur le plan national par rapport à l'an dernier (74 %).

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	RÉSULTAT 2014-2015	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 %	24 %	60 % des centres hospitaliers d'ici 2015

1. Le libellé a été modifié depuis la publication du Plan stratégique 2010-2015 de façon à 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 ou 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 ; 6) l'évaluation de la qualité.

En 2014-2015, 97 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ont entamé une démarche visant à implanter cette approche, soit un de plus que l'an dernier.

Le résultat au 31 mars 2015 montre que 24 % des centres hospitaliers ont mis en place la majorité (quatre sur six) des composantes de cette approche. Il s'agit d'une nette augmentation par rapport au mois de mars 2014, alors que la proportion s'établissait à 5 % seulement. Il est attendu que, chaque année, de plus en plus de centres hospitaliers adopteront et concrétiseront les nouvelles façons de faire découlant de l'approche adaptée. À cet effet, le Ministère soutient le milieu hospitalier en produisant des outils – cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée, six modules de formation et guides de *coaching*, outils cliniques et de gestion, forums, etc. – et en effectuant des suivis réguliers auprès des répondants régionaux.

L'écart entre l'état actuel de l'implantation et la cible à atteindre en mars 2015 s'explique notamment par le fait que l'approche adaptée à la personne âgée nécessite un changement de culture, et ce, dans plusieurs unités d'un même centre hospitalier. Bien que la cible ne soit pas atteinte, il faut mentionner que 68 % des centres hospitaliers ont implanté d'une à trois composantes de cette approche. Précisons ici que chacune des six composantes se divise en sous-composantes, dont le nombre atteint 64. La moyenne nationale relative à l'implantation de ces sous-composantes est passée à 71 % cette année, tandis qu'elle était de 50 % en 2013-2014.

Orientation 2.4

Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

AXE : SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Objectif 2.4.1 Définir l'offre de service de soutien à domicile pour l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, y compris les familles et les proches aidants, selon les profils de besoins et les milieux de vie, et en précisant les modalités de contribution des usagers

INDICATEUR	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Offre de service définie selon les profils de besoins et les milieux de vie	Travaux en cours	2012

Le vieillissement de la population ainsi que la croissance des incapacités ont une incidence sur les services à offrir afin de soutenir l'autonomie des personnes pour qu'elles puissent demeurer dans leur domicile. De plus, ces personnes souhaitent de plus en plus participer aux décisions et aux interventions qui les concernent, et en être ainsi parties prenantes.

Devant ces enjeux, le Ministère a amorcé des travaux visant la définition de lignes directrices relatives au soutien à domicile, lesquelles s'appuient sur la Politique de soutien à domicile publiée en 2003 et intitulée *Chez soi : le premier choix*. Celle-ci s'adresse aux clientèles qui requièrent des services de soutien à domicile, peu importe la cause de leurs incapacités. Ainsi, on trouve, parmi ceux-ci, des personnes âgées, des personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, un trouble grave de santé mentale ou, encore, un problème de santé physique ainsi que leur famille et leurs proches.

Ces lignes directrices visent à répondre plus adéquatement aux besoins exprimés soit par le réseau de la santé et des services sociaux, soit par d'autres instances, concernant la nécessité d'apporter des précisions quant à l'application de la politique de 2003. Les travaux en cours remplacent donc la définition d'une offre de service de soutien à domicile initialement prévue.

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 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015 ¹	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)	11 643 858 heures Augmentation de 23 % par rapport à 2009-2010	12 926 398 heures Augmentation de 37 % par rapport à 2009-2010	Augmentation de 23 % d'ici 2015 ²

1. Résultats provisoires de la période financière 13 (P13).

2. 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 22,8 %. La situation de départ était de 9,5 millions d'heures de services en 2009-2010.

En 2014-2015, le nombre d'heures de services rendus à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme se situe à près de 13 millions. Il correspond à une augmentation de 37 % 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 au nombre d'heures enregistrées en 2013-2014. Le nombre d'heures rendues en 2013-2014 totalisait plus de 11,6 millions. Ainsi, la cible fixée pour le Québec dans le Plan stratégique 2010-2015 a été atteinte, et même dépassée.

Les cibles convenues avec chacune des régions sont atteintes, sauf dans quatre d'entre elles. Les résultats et les travaux des régions sont minutieusement analysés dans un bilan régional relatif au plan d'action sur l'optimisation du soutien à domicile que celles-ci déposent à l'automne de chaque année.

Le dépassement de la cible est dû aux efforts d'optimisation fournis par l'ensemble des CSSS depuis le début du Plan stratégique 2010-2015 et à l'octroi d'un budget de développement. En effet, un budget de développement récurrent de 40 millions de dollars a été accordé en 2011-2012, puis un montant de 110 millions de dollars s'est ajouté en 2013-2014, afin d'augmenter le nombre d'heures de services de soutien à domicile. Au total, un budget de 150 millions de dollars récurrents a été octroyé.

Pour l'année 2014-2015, l'augmentation de 11 % par rapport à l'année précédente est attribuable à des efforts d'optimisation uniquement.

AXE : DIVERSIFICATION DES MILIEUX DE VIE

Objectif 2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)

INDICATEUR	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	27 082, soit une augmentation de 993 places au cours des quatre dernières années	Augmentation

Au cours des dernières années, le Ministère a misé sur l'ajout de places en ressources intermédiaires (RI) et en ressources de type familial (RTF) pour augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités importantes et persistantes.

Les RI-RTF sont des milieux complémentaires au milieu naturel et au milieu institutionnel. Elles permettent, par une réponse individualisée aux besoins diversifiés et évolutifs des usagers, de favoriser ou de maintenir l'intégration, la participation sociale et le rétablissement de ces derniers au cœur de la communauté, en offrant des services de gîte, de couvert, de soutien ou d'assistance. Les ressources de type familial, où l'on compte au maximum neuf adultes, s'apparentent davantage à un milieu de vie naturel (familial). Les ressources intermédiaires comportent quant à elles différents types d'organisations résidentielles permettant de répondre aux différents besoins des usagers.

Les premières données disponibles datent du 31 mars 2011 ; on comptait alors 26 089 places dans les ressources d'hébergement qui accueillent, notamment, des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes atteintes de déficience ou des personnes ayant un problème de santé mentale. Au 31 mars 2015, le nombre de places atteint 27 082, ce qui représente une augmentation de 993 places au cours des quatre dernières années.

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 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage des demandes de services traitées dans les délais établis :	72 %	75 %	90 % des personnes d'ici 2015
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours			
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 33 jours en CSSS et 97 jours en CR	84 %	83 %	90 % des personnes d'ici 2015
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 360 jours	90 %	89 %	90 % des personnes d'ici 2015

Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, sous-titré *Afin de faire mieux ensemble*, vise à ce que les personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme aient accès, à l'intérieur de délais raisonnables, aux services que leur état nécessite.

Les résultats pour l'année 2014-2015 montrent une certaine stabilité par rapport aux données de l'année précédente. Malgré les efforts consentis au cours des dernières années, la cible de 90 % n'est pas atteinte. Effectivement, par rapport à 2013-2014, le taux de réponse aux demandes de niveau urgent dans le délai de trois jours a légèrement augmenté, mais il reste à 15 points de pourcentage en deçà de la cible. En ce qui concerne les demandes des niveaux élevé et modéré, le respect des délais pour leur traitement a légèrement diminué depuis 2013-2014, les taux se situant respectivement à 7 points de pourcentage et à 1 point de pourcentage sous la cible.

L'analyse des données en continu permet d'expliquer en partie la non-atteinte de l'objectif. D'abord, les faibles résultats du niveau de priorité urgent s'expliquent, notamment, par le petit volume de demandes. En effet, quand le résultat est exprimé en pourcentage, chaque demande a d'autant plus de poids lorsque le nombre total est faible. En outre, les résultats de délais d'attente aux centres de réadaptation sont cumulatifs depuis 2010 ; cela fait en sorte que la progression vers l'atteinte des cibles est plus lente.

Nonobstant la non-atteinte des cibles fixées, l'analyse et le suivi en continu de l'implantation du plan d'accès montrent de belles avancées depuis le début de celle-ci. Par exemple, les listes d'attente antérieures au plan d'accès sont complètement résorbées depuis décembre 2012. De plus, les délais moyens avant d'avoir accès au premier et au deuxième service ont diminué dans les CSSS.

Enfin, il ressort de l'analyse qualitative des douze autres composantes du plan d'accès une progression dans l'ensemble du Québec. Plusieurs standards ou mécanismes prévus dans ce plan d'accès sont implantés et consolidés, montrant que celui-ci s'inscrit en tant que projet structurant et mobilisateur pour l'ensemble du réseau depuis 2008.

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 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	75 %	82 %	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 2014-2015, 82 % des usagers de ces centres ont été évalués à l'intérieur d'un délai de quinze jours ouvrables ou moins. Ce résultat dépasse la cible, établie à 80 %, et représente une augmentation de 7 points de pourcentage par rapport à l'exercice précédent. Le nombre de personnes différentes évaluées en 2014-2015 s'établissait à 21 772.

Afin d'atteindre la cible, les centres de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance se sont dotés, au cours des dernières années, de moyens comme un mécanisme d'accès à l'évaluation spécialisée, établi après concertation avec les partenaires du milieu, l'assignation de personnel à l'évaluation et la formation d'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 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour :			
▪ une chirurgie d'un jour	91 %	92 %	90 %
▪ une chirurgie avec hospitalisation	95 %	95 %	90 %
▪ une arthroplastie totale de la hanche	82 %	84 %	90 %
▪ une arthroplastie totale du genou	79 %	81 %	90 %
▪ une chirurgie de la cataracte	97 %	97 %	90 %
▪ une chirurgie bariatrique	62 %	66 %	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 2014-2015, la proportion de l'ensemble des demandes de chirurgies traitées à l'intérieur de six mois est restée sensiblement la même qu'en 2013-2014, soit autour de 93 %. Pour une deuxième année, un effort particulier a été demandé aux établissements du réseau pour qu'ils répondent prioritairement aux demandes en attente depuis plus de deux ans, ce qui a permis d'en diminuer le nombre de 11 % cette année (qui est passé de 957 à 852). Plus précisément, dans le cas des demandes en attente depuis plus de trois ans, leur nombre a chuté de 154 à 109, soit une diminution de 29 %. Le nombre total de chirurgies effectuées a quant à lui diminué de 3 % ; il est passé de 470 864 à 454 625, notamment par le transfert d'un certain nombre de chirurgies d'un jour en chirurgies ambulatoires.

Au cours de cette même année budgétaire, certaines catégories de chirurgies se sont maintenues au-delà de la cible fixée à 90 %. Ainsi, le pourcentage des demandes relatives à une chirurgie d'un jour traitées à l'intérieur de six mois a légèrement augmenté, passant de 91 % à 92 %. Les pourcentages des demandes pour une chirurgie avec hospitalisation et pour une chirurgie de la cataracte traitées dans les délais demeurent respectivement de 95 % et de 97 % cette année.

Pendant la même période, le traitement des demandes relatives aux arthroplasties de la hanche et du genou ou à la chirurgie bariatrique ne correspond pas aux cibles, 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 a augmenté de 2 points de pourcentage dans chacune de ces catégories d'interventions par rapport à l'année précédente. Enfin, la proportion des demandes de chirurgie bariatrique traitées à l'intérieur de six mois est passée de 62 % à 66 %. Au cours de l'année 2014-2015, 3 094 chirurgies bariatriques ont été effectuées, ce qui représente une hausse de 508 demandes (20 %) par rapport à 2013-2014.

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 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en :			
▪ Hémodynamie ¹			
catégorie A	91 %	91 %	100 %
catégorie B	85 %	87 %	90 %

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

En 2014-2015, le taux des demandes en hémodynamie qui ont été traitées à l'intérieur des délais est resté stable à 91 % pour les demandes faisant partie de la catégorie A et à 87 % pour celles de la catégorie B. Par comparaison avec l'année précédente, ce sont 864 procédures de plus qui ont été effectuées cette année dans ce secteur d'activité. Au total, 40 937 demandes de services ont été réalisées au Québec.

Les demandes de services en chirurgie cardiaque

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en :			
▪ Chirurgie cardiaque ¹			
catégorie A	86 %	87 %	100 %
catégorie B	70 %	69 %	90 %

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

En 2014-2015, les taux des demandes pour une chirurgie cardiaque traitées dans les délais restent stables par rapport à l'année précédente pour les deux catégories, soit 87 % pour la catégorie A et 69 % pour la catégorie B. Au total, 7 136 demandes ont été traitées, soit 97 demandes de plus qu'en 2013-2014.

Les demandes de services en électrophysiologie

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en :			
▪ Électrophysiologie ¹			
catégorie A	77 %	73 %	100 %
catégorie B	46 %	43 %	75 %

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

Au cours de l'année 2014-2015, en électrophysiologie, 10 189 demandes, incluant les cardiostimulateurs, ont été réalisées. En nombre, l'augmentation a été de 325 demandes par rapport à l'année précédente. Le pourcentage des demandes traitées dans le délai imparti pour la catégorie A, soit les plus urgentes, est stable ; il se situe à 73 % si l'on exclut les cardiostimulateurs et à 79 % quand on les inclut. Le pourcentage des demandes traitées dans les délais fixés pour la catégorie B reste à peu près stable, à 43 %, pour la clientèle élective.

Les écarts par rapport aux cibles s'expliquent en partie par la hausse du nombre de demandes pour ces types de procédures au-delà de la capacité du réseau à offrir ces services, ce qui allonge la liste d'attente et le temps d'attente avant le traitement.

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

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	99 %	99 %	90 % des personnes d'ici 2015
Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en chirurgie oncologique	59 %	60 %	90 % des personnes d'ici 2015
Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en chimiothérapie/traitements systémiques	Non disponible	Non disponible	90 % des personnes d'ici 2015

En 2014-2015, 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 maintenue au-delà de la cible, à 99 % pour l'ensemble du Québec.

En ce qui concerne le résultat pour la chirurgie oncologique, 60 % des personnes ont été traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours, ce qui représente une atteinte de 67 % de la cible fixée. L'écart observé entre cette cible et le résultat obtenu s'explique par plusieurs facteurs cliniques ayant une influence sur le moment où la chirurgie est effectuée, que ce soit la nature de la tumeur, l'agressivité de celle-ci ou encore l'état médical du patient. D'autre part, ce ne sont pas tous les cas de cancer qui nécessitent une intervention chirurgicale à l'intérieur d'un délai de 28 jours et ce sont. En ce sens, 88 % des patients chirurgie oncologique à l'intérieur d'un délai de 56 jours.

Par ailleurs, l'indicateur portant sur l'accès aux traitements de chimiothérapie et aux traitements systémiques n'a pu être mesuré en raison de l'absence d'un système d'information et d'une méthode standardisée de calcul permettant aux établissements de recueillir les informations requises.

AXE : URGENCES

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

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière	22,7 %	22,7 %	Au plus, 15 % des séjours d'ici 2015
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	5,9 %	6,1 %	Moins de 1 % des séjours d'ici 2015
Séjour moyen sur civière	16,7 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 3 511 740 pour l'année 2014-2015.

On observe une stabilité des résultats cette année par rapport à l'exercice précédent. Le pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière est demeuré identique, à 22,7 %, et le séjour moyen sur civière, à 16,7 heures. Le pourcentage des séjours de 48 heures et plus a augmenté, passant de 5,9 % à 6,1 %.

Pour expliquer ces résultats, il importe de suivre de près l'achalandage des unités d'urgence. Il faut mentionner, pour 2014-2015, une augmentation de 1,3 % nombre d'utilisateurs sur civière par rapport à l'année 2013-2014, comme l'indique le tableau sur les écarts. Près de la moitié de ces usagers sont arrivés en ambulance (45,3 %) et leur nombre total a connu une hausse de 2,7 % au cours de l'exercice 2014-2015. En outre, les personnes de 75 ans ou plus représentaient plus du quart des patients sur civière (27,5 %) et leur nombre a augmenté de 5,6 %. On estime que les usagers sur civière répondant aux deux critères mentionnés plus haut (arrivés en ambulance et âgés de 75 ans ou plus) ont de plus grands besoins au regard des soins et des services.

Avec le concours des agences, le Ministère a assuré un suivi intensif auprès des urgences en difficulté afin de les soutenir dans la définition d'objectifs de redressement. Il détermine, en collaboration avec le Comité ministériel de coordination du continuum de soins et de services et avec les établissements, 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
2013-2014	1 105 001	493 768	291 646
2014-2015	1 119 327	507 460	307 980

Les écarts entre 2013-2014 et 2014-2015

COMPARAISON	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ARRIVÉS EN AMBULANCE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ≥ 75 ANS
Écart en nombre	14 326	13 692	16 334
Taux de variation	1,3 %	2,7 %	5,6 %

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 ¹	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	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 ²	5 554 usagers, soit une augmentation de 159 usagers comparativement à 2009-2010	4 449 usagers, soit une diminution de 946 usagers comparativement à 2009-2010	Diminution

1. L'indicateur « Pourcentage de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis Première ligne : 30 jours » inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 n'est pas disponible. La méthode de calcul de cet indicateur n'étant pas encore arrêtée.

2. 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 ont eu accès à des services de psychiatrie dans un délai qui excède 60 jours a significativement diminué en 2014-2015 par rapport à l'année précédente, passant de 5 554 à 4 449 usagers. Comparativement à l'année de référence (2009-2010), une diminution de 946 usagers s'observe. Elle peut être reliée à un ensemble de facteurs, dont l'optimisation des services de première ligne actuellement offerts et une meilleure gestion de l'accès aux services spécialisés au sein des établissements.

AXE : RÉFÉRENCE AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Objectif 3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille

INDICATEUR	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille	74 % des CSSS	75 % des CSSS d'ici 2015

Pour éviter le recours à la salle d'urgence lors de situations cliniques urgentes ou semi-urgentes, la mise en place de protocoles et d'algorithmes, intégrés à ce qu'il est convenu d'appeler l'*Accueil clinique*, était mentionnée comme l'un des mécanismes pouvant faciliter la référence des patients vus en cabinet privé ou en GMF vers les médecins spécialistes. Six protocoles cliniques ont été identifiés prioritaires ; ils concernent la rectorragie, la fibrillation auriculaire *de novo*, l'angine typique, l'anémie, la thrombose veineuse profonde et le saignement au premier trimestre.

Lors du dernier recensement des différents protocoles d'accueil clinique fait en décembre 2014, 5 CSSS sur 93 ont implanté tous les protocoles en question. La majorité d'entre eux (69 CSSS sur 93, soit 74 %) a mis en place un ou plusieurs protocoles et prévoit poursuivre les efforts pour en compléter l'implantation. Toutefois, 35 CSSS (38 %) n'ont implanté aucun protocole à ce jour. L'implantation des protocoles d'accueil clinique se poursuit. La mesure de la cible telle qu'elle a été énoncée n'est plus possible puisque les CSSS ont été fusionnés dans de nouveaux établissements : les centres intégrés de soins et de services sociaux.

L'écart entre le résultat et la cible s'explique par les difficultés à implanter ces protocoles, soit la collaboration mitigée des médecins spécialistes dans certaines régions, l'absence de disponibilité budgétaire pour conduire un tel projet (notamment dans les CSSS qui n'ont pas encore initié la démarche), la non-pertinence d'implanter des protocoles d'accueil clinique en raison d'une absence de problème d'accès et la remise en question, par les médecins de famille, de la pertinence d'élaborer et d'implanter certains protocoles, notamment celui qui se rapporte à l'anémie.

ENJEU 4

LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION

Orientation 4.1

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

AXE : DÉMARCHE INTÉGRÉE DE QUALITÉ

Objectif 4.1.1 Élaborer une politique d'assurance qualité

INDICATEUR	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Élaborer une politique d'assurance qualité qui permet : <ul style="list-style-type: none">▪ de donner une vision intégratrice de l'assurance qualité▪ d'harmoniser les différents mécanismes d'évaluation et d'appréciation de la qualité▪ de préciser les modalités de mise en œuvre et de suivi des normes établies	En cours	2013

L'élaboration du projet de Politique d'assurance de la qualité a commencé officiellement en mars 2013. Le mandat initial a toutefois été revu afin de permettre de situer les mécanismes d'assurance de la qualité, et leur raison d'être, à l'intérieur d'une vision intégrée de la qualité. En 2014, le projet a évolué vers des orientations ministérielles sur la qualité de l'expérience de soins et de services de l'utilisateur et de ses proches. Le premier volet devait porter sur la vision rattachée à la qualité de cette expérience et le second, sur les mécanismes d'assurance de la qualité des soins et des services.

Des pistes d'orientations et un modèle conceptuel sur l'engagement ont été approuvés pour le premier volet. Une version préliminaire a été rédigée, laquelle a été soumise à la consultation, par l'intermédiaire de « focus groups » auprès de personnes clés, à l'hiver 2015.

Quant aux travaux portant sur le second volet, ils ont été suspendus à l'automne 2014, le temps que soient précisés les nouveaux paramètres des mécanismes d'assurance de la qualité, compte tenu des changements touchant l'organisation et la gouvernance du réseau. Des travaux ont été amorcés en 2014-2015 pour redéfinir ou préciser l'application des mécanismes ainsi que les rôles et fonctions de certaines instances liées à la gestion de la qualité des soins et des services. Parmi ces travaux, citons la révision des fonctions assumées par les membres des comités des usagers et de résidents, l'adaptation des processus d'agrément à la nouvelle gouvernance du réseau, la redéfinition des rôles et fonctions des instances associées à la gestion des plaintes et des risques ainsi que l'harmonisation des visites d'appréciation de la qualité au sein des établissements.

AXE : **GUIDES DE PRATIQUE**

Objectif 4.1.2 Soutenir l'implantation des guides de pratique et des standards cliniques dans le réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des guides de pratique clinique recommandés par l'organisme de promotion de l'excellence clinique en santé et en services sociaux ayant fait l'objet d'un processus structuré d'implantation et de suivi	67 %	90 % des guides de pratique d'ici 2015

En 2014-2015, 67 % des guides sur la pratique clinique recommandés par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux ont fait l'objet d'un processus structuré d'implantation et de suivi. Trois guides de pratique ont été publiés par l'Institut au cours de la période 2010-2015. Les deux guides publiés en 2014-2015, l'un sur l'utilisation de la radiothérapie stéréotaxique d'ablation pour le traitement du cancer du poumon et l'autre sur la prise en charge de l'extravasation associée aux traitements antinéoplasiques, ont fait l'objet tant d'une stratégie concernant leur diffusion que de travaux visant à assurer leur mise en œuvre et leur implantation. En ce qui a trait au guide sur le traitement de l'obésité chez les enfants et les adolescents en première et deuxième lignes, publié en 2011-2012, les travaux amorcés pour assurer son implantation n'ont toutefois pu se concrétiser.

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 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	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>	78 %	81 %	90 % des CHSGS d'ici 2015
▪ bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	97 %	94 %	90 % des CHSGS d'ici 2015
▪ bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	96 %	100 %	90 % des CHSGS d'ici 2015

Les programmes de surveillance des infections nosocomiales se poursuivent dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. 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 2014-2015, 72 installations atteignent le taux cible fixé pour leur catégorie, soit 3 installations de plus qu'en 2013-2014.

Les bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ont été suivies dans 89 installations en 2014-2015. 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 et de psychiatrie ainsi que la pouponnière sont exclues. Le résultat est le suivant : en 2014-2015, 94 % (84/89) des installations respectent le taux d'incidence ciblé, comparativement à 97 % (85/88) l'année précédente.

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 2014-2015, la totalité (100 %) des 45 unités soumises au programme de surveillance ont un taux annuel d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour leur catégorie.

La poursuite de la mise en œuvre du Plan d'action 2010-2015 pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales ainsi que les travaux inhérents à l'élaboration et au déploiement de la Campagne québécoise des soins sécuritaires ont favorisé la mise en place de stratégies visant l'amélioration des pratiques, ce qui a eu un effet direct sur les taux d'infections nosocomiales.

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

1. Les résultats relatifs aux services de santé ne sont pas disponibles.

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

En ce qui concerne les services de santé, la cartographie des créneaux d'expertise des établissements avec désignation universitaire est en cours. L'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2) permettra d'accentuer la complémentarité entre tous les établissements du réseau selon leur nouveau mandat, et notamment entre les établissements ayant une mission universitaire.

Objectif 4.2.2 Assurer la formation et la disponibilité de milieux de stage adaptés et diversifiés, notamment pour les disciplines de base, dans les régions du Québec

INDICATEUR	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Nombre de milieux de stage par discipline (santé)	Résultat non disponible	Augmentation

L'année 2014-2015 se caractérise par une consolidation des milieux de stage en médecine de famille et dans les spécialités de base.

La création de nouvelles unités de médecine familiale et l'augmentation d'environ 10 % des capacités d'accueil des unités existantes favorisent la progression de la disponibilité de milieux de stage en médecine de famille. Cette progression est conforme aux orientations ministérielles, lesquelles mettent davantage l'accent sur l'augmentation du nombre de médecins de famille formés par rapport aux autres spécialités.

AXE : ÉVALUATION ET TRANSFERTS 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 2013-2014 ¹	RÉSULTATS 2014-2015 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.

Au 31 mars 2015, les onze établissements ayant une désignation universitaire (100 %) ⁶ 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 d'en apprécier la diversité. Parmi celles-ci, on trouve la publication d'articles scientifiques, la réalisation de projets de recherche en partenariat et la production de guides de pratique.

Bien que les données concernant le secteur de la santé ne soient pas disponibles, les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) dont les membres sont les établissements avec désignation universitaire dans le secteur des services de santé ont, parmi leurs mandats légaux, celui de favoriser le transfert des connaissances. Tous les RUIS ont mis en place des mécanismes à cette fin. La création d'un vaste réseau de télésanté couvrant tout le territoire du Québec, sous le leadership des RUIS, a grandement facilité cette mission de transfert des connaissances.

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

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Nombre de projets d'évaluation réalisés :	6 projets	13 projets	Augmentation
▪ par les unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux			
▪ par les unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)	Non disponible	Non disponible	Augmentation

La réalisation de projets portant sur l'évaluation des modes de pratique en services sociaux concerne seulement les instituts universitaires assujettis à cet objectif. L'indicateur qui s'y rapporte permet de suivre l'évolution du travail accompli au sein des unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux. Au 31 mars 2015, treize projets ont été réalisés.

Soulignons que le nombre de travaux complétés peut varier en fonction de la complexité des évaluations effectuées. 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.

Compte tenu du caractère progressif de leur implantation, il est difficile de connaître précisément le nombre de projets d'évaluation des modes de pratique en santé. Cependant, les centres hospitaliers universitaires et les instituts du secteur santé ont l'obligation de procéder à l'évaluation des technologies de la santé, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. L'évaluation des technologies en santé favorise une prise de décision appuyée sur des données probantes, et ce processus s'inscrit dans une optique d'amélioration des pratiques et d'optimisation des ressources.

6. 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 ¹	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE ²
Cycle d'homologation d'un nombre limité de solutions informatiques de DME réalisé	3 ^e cycle réalisé avec succès	4 ^e cycle réalisé, qui a permis l'homologation de 9 solutions de DME	4 cycles d'homologation de DME réalisés d'ici 2015

1. Le libellé de l'indicateur 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 libellé de la cible a été reformulé pour en assurer la cohérence avec l'indicateur. De plus, la cible est passée de trois à quatre cycles.

Un dossier médical électronique (DME) est une application informatique regroupant des fonctionnalités qui fournissent un ensemble de données longitudinales sur les patients en vue de soutenir dans leur pratique les intervenants qui fournissent les services médicaux de première ligne.

Le processus d'homologation garantit la sélection de DME répondant aux besoins particuliers du secteur de la santé et des services sociaux. Outre qu'elle permet d'assurer une gestion et une utilisation maîtrisées de l'information, cette sélection facilite le choix des acquéreurs de DME.

Le dernier processus d'homologation – réalisé par le Bureau de certification et d'homologation du Ministère en collaboration avec le Centre de services partagés du Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec et le Centre de recherche informatique de Montréal ainsi qu'avec la participation de médecins experts-conseils en médecine familiale de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec – a permis la sélection de neuf DME provenant de huit fournisseurs distincts pour l'année 2014-2015. L'homologation de ces neuf solutions concerne le domaine Médicament et le système de gestion des ordonnances électroniques de médicaments du Dossier Santé Québec (DSQ).

Les dossiers cliniques informatisés

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des établissements qui utilisent une solution informatique de DCI complète ou partielle ¹	52 %	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 toutes les solutions de DCI implantées, que ce soit complètement ou partiellement, car elles sont toutes utilisables.

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.

Tout comme l'année précédente, ce sont 52 % des établissements ciblés qui utilisent une solution DCI complète ou partielle. En nombre, ils sont 62 ; 13 d'entre eux utilisent une solution de DCI complètement implantée et 49 ont partiellement implanté un DCI. Parmi ces derniers, les travaux ont progressé dans plusieurs milieux hospitaliers. Citons l'exemple de la fin du déploiement technologique de la solution retenue dans tous les établissements visés de la région de Montréal, où il reste à soutenir sur le plan technique, pour assurer une gestion du changement adéquate, les cliniciens dans leur utilisation de l'outil.

AXE : DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

Objectif 4.3.2 Implanter le Dossier de santé du Québec (DSQ) et l'intégrer à la stratégie d'informatisation du réseau

INDICATEUR	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des médecins, des pharmaciens et des infirmières ayant accès aux bases de données du DSQ.	25 %	70 % des médecins, des pharmaciens et des infirmières d'ici 2015

Au 31 mars 2015, près de 25 % des médecins, des pharmaciens et des infirmières ont accès aux bases de données du DSQ et les travaux se poursuivent en vue d'augmenter son utilisation.

Pour les pharmaciens, 73 % d'entre eux, soit 6 481 sur 8 917, ont accès au DSQ.

En ce qui concerne les infirmières, 13 % d'entre elles, soit 9 872 sur 73 145, ont accès aux bases de données du DSQ. Il faut cependant préciser que le DSQ vise à soutenir les professionnels de la santé qui fournissent des services de première ligne et que la grande majorité des infirmières travaillent en deuxième et troisième lignes. Ainsi, le Ministère estime à 20 000 le nombre d'infirmières qui ont besoin d'utiliser le DSQ dans leur travail ; c'est donc près de la moitié d'entre elles qui ont accès au DSQ.

Enfin, 46 % des médecins actifs, soit 9 339 médecins sur 20 217, ont accès aux données du DSQ. Le démarrage du projet de Réseau de soutien et de validation par les pairs, va permettre l'augmentation des niveaux d'adhésion et d'utilisation du DSQ.

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 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des postes de résidence comblés par des étudiants inscrits en médecine de famille	46 %	49 %	50 % des postes d'ici 2015

En 2014-2015, 866 nouveaux résidents ont commencé leur formation postdoctorale en médecine dans le contingent régulier ; 425 d'entre eux étaient inscrits à un programme de médecine de famille (49 %). La situation a progressé par rapport à l'an dernier, alors que le résultat était de 46 %.

Les différentes mesures se poursuivent, dont le développement des capacités de formation en médecine de famille, pour que la cible prévue soit 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 2013 ¹	RÉSULTATS 2014 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	111 %	115 %	80 %
▪ régions intermédiaires	103 %	103 %	80 %
▪ régions périphériques	100 %	100 %	80 %
▪ régions universitaires	96 % ⁴	100 %	80 %

1. Les PREM 2013 en médecine de famille et en médecine spécialisée étaient en vigueur du 1^{er} décembre 2012 au 30 novembre 2013.

2. Les PREM 2014 en médecine de famille et en médecine spécialisée étaient en vigueur du 1^{er} décembre 2013 au 30 novembre 2014. Les résultats relatifs à la médecine de famille pourraient être revus à la baisse puisque les médecins ont jusqu'à douze mois suivant l'obtention de leur avis de conformité régional pour commencer à pratiquer 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 et 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. Le résultat de 2013 pour les régions universitaires a été revu à la baisse (96 %, au lieu de 100 %) en raison d'un désistement et de deux échecs.

En ce qui concerne la médecine de famille, la cible de 80 % est dépassée et 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 les plans régionaux d'effectifs médicaux. 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 2013	RÉSULTATS 2014	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	82 %	82 %	80 %
▪ régions intermédiaires	90 %	91 %	80 %
▪ régions périphériques	90 %	91 %	80 %
▪ régions universitaires	96 %	96 %	80 %

Pour ce qui est des plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine spécialisée de 2014, la cible de 80 % a été atteinte ou dépassée dans toutes les catégories de régions. Ces résultats découlent d'une planification et d'une gestion rigoureuses des plans, particulièrement dans les régions universitaires.

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 à assurer l'atteinte des cibles régionales, mais aussi à 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 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	96 %	99 %	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 du plan national de planification de la main-d'œuvre.

Le dernier cycle de production a pris fin en décembre 2014. La quasi-totalité des établissements et des agences (99 %) 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 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	92 %	100 %	100 % des établissements d'ici 2015

Au 31 mars 2015, 100 % des établissements (177/177) ont terminé au moins une démarche concertée de révision des processus de soins et de services ou de réorganisation du travail dans une perspective d'utilisation optimale des compétences du personnel et d'amélioration de la performance. Ces activités ont été menées en collaboration avec le personnel et les différents partenaires que la question concerne, dont les instances syndicales, par l'entremise de projets découlant des comités paritaires prévus dans les conventions collectives.

Une étude est en cours afin de mettre en évidence les gains obtenus au regard de l'accessibilité, de la qualité et de l'optimisation.

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

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage des heures supplémentaires pour : ▪ les infirmières	5,16 %	4,78 %	Diminution de 10 % par rapport à la situation prévalant en 2009-2010, soit : 5,12 % des heures travaillées en 2015
▪ ensemble du réseau	3,13 %	3,01 %	3,11 % des heures travaillées en 2015

Au 31 mars 2015, le pourcentage des heures supplémentaires effectuées par les infirmières a diminué de 16,0 % par rapport à la situation qui prévalait en 2009-2010 (5,69 %). Le pourcentage calculé pour l'ensemble du réseau a quant à lui été réduit de 13,0 % en comparaison de la situation en 2009-2010 (3,46 %), ce qui constitue un dépassement de la cible.

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

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers : ▪ infirmières	3,03 %	2,25 %	Diminution de 25 % par rapport à la situation prévalant en 2009-2010, soit : 3,45 % en 2015
▪ infirmières auxiliaires	1,22 %	1,04 %	2,26 % en 2015
▪ préposés aux bénéficiaires	1,04 %	0,72 %	1,38 % en 2015

En 2014-2015, le recours à la main-d'œuvre indépendante, en ce qui a trait aux infirmières, a diminué de 51,2 % par rapport à la situation qui prévalait en 2009-2010 (4,61 %). Le résultat pour les infirmières auxiliaires correspond à une baisse de 65,1 % pour la même période de référence, le taux s'établissant à 3,01 % en 2009-2010. Enfin, pour les préposés aux bénéficiaires, le recours à cette forme de main-d'œuvre a été réduit de 60,9 % par rapport à 2009-2010 (1,84 %).

La réduction du temps travaillé en heures supplémentaires et du recours à la main-d'œuvre indépendante

Les efforts investis durant les dernières années ont permis de réduire significativement le recours à la main-d'œuvre indépendante ainsi qu'aux heures supplémentaires et de dépasser les cibles fixées pour l'année financière 2014-2015. Les établissements et les agences ont utilisé, comme 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 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage des projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien aux cadres	Cible atteinte en 2012-2013 ¹	Cible atteinte en 2012-2013	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 ²	34 établissements ont terminé leurs projets en septembre 2013 (cible atteinte)	Cible atteinte en 2013-2014	100 % des établissements participants

1. Le résultat de 2013-2014 a été modifié afin de mieux refléter l'avancement des travaux.

2. Cet indicateur a été ajouté en 2013-2014 afin de refléter plus exactement la mise en œuvre des actions liées à cet objectif.

Les engagements pris, par l'entremise du Plan stratégique 2010-2015, pour soutenir les cadres dans l'exercice de leurs fonctions ont été remplis dès l'année 2012-2013. La mise en œuvre des actions liées à cet objectif s'est poursuivie en 2013-2014, avec la deuxième phase du Programme d'amélioration des conditions d'exercice du travail des cadres. Une troisième phase était prévue en 2014-2015, mais elle a été suspendue conséquemment à l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2) et aux changements majeurs qui y sont associés.

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

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des cadres supérieurs admis au programme de relève des hors-cadre sur la cible fixée	75 % des 20 places disponibles en 2013-2014	Aucune cohorte en 2014-2015	100 % de la cible nationale fixée annuellement

Le programme de relève du personnel d'encadrement de niveau supérieur existe depuis septembre 2009. Parmi les 118 personnes qui l'ont suivi, 56 ont obtenu un poste de hors-cadre : 29 ont accédé à un poste de directeur général et 27, à un poste de directeur général adjoint.

En raison de l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2), et en raison des changements majeurs que cela entraîne, il a été entendu de ne pas constituer de nouvelle cohorte pour l'année 2014-2015. Par conséquent, aucune cible n'a été fixée pour cette année.

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 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	96 %	99 %	100 % des établissements d'ici 2015

1. Le résultat relatif à l'indicateur « Obtention et maintien, par le Ministère, de la certification selon la norme Entreprise en santé » est présenté à la section 2.2 du présent rapport (voir l'action 2).

Au 31 mars 2015, 175 établissements sur 177, soit 99 % d'entre eux, avaient réussi le processus d'agrément, incluant le volet sur la mobilisation des ressources humaines.

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

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	10 %	16 %	50 % des établissements d'ici 2015

Au 31 mars 2015, 29 établissements sur 177 (16 %) ont obtenu une certification visant l'amélioration du climat de travail (Entreprise en santé ou Planetree). Le processus de certification peut s'étendre sur une longue période. Actuellement, 40 établissements sont engagés dans un tel processus. À ce chiffre s'ajoutent 34 établissements qui ont entrepris une démarche visant l'amélioration du climat de travail mais ne comprenant pas de processus d'accréditation par un organisme reconnu. Au total, 103 établissements (58 %) sont soit accrédités, soit engagés dans une démarche visant l'amélioration de la qualité de vie au travail.

La gestion de la présence au travail

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,13 %	6,10 %	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 2014-2015, le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées a diminué, par rapport à 2013-2014, pour s'établir à 6,10 %.

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

Bien que le ratio d'heures en assurance salaire attendu n'ait pas été atteint, des efforts ont été fournis pour analyser la situation et définir des pistes d'action visant la réduction de ce ratio. Ainsi, du soutien dans l'amélioration de la gestion de la présence au travail a notamment été apporté par le Ministère et des partenaires au sein de plusieurs établissements du réseau pendant les dernières années.

Par ailleurs, les travaux du comité national d'assurance salaire se sont terminés en janvier 2015. Plusieurs de ses recommandations visant l'amélioration de la performance en matière de gestion de la présence au travail demeurent pertinentes, comme le montrent les orientations actuelles du Ministère.

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

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des établissements ciblés ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	87 %	88 %	100 % des établissements d'ici 2015

Le Programme national de soutien clinique – Volet « préceptorat », un programme d'accompagnement professionnel, fut instauré en 2008 pour attirer et retenir davantage les infirmières et infirmières auxiliaires dans leur milieu de travail ainsi que pour stabiliser les équipes de soins. Avec le soutien d'une infirmière experte (préceptrice), il permet d'accompagner les infirmières et les infirmières auxiliaires ayant moins de deux ans d'expérience en les aidant à acquérir les compétences nécessaires à une pratique sécuritaire.

Le Ministère a versé, en 2014-2015, 12 millions de dollars à ce programme. Au 31 mars 2015, 88 % des établissements ciblés avaient mis en place leur programme de soutien clinique (préceptorat). La non-atteinte de l'objectif est attribuable au fait qu'un certain nombre des établissements retenus en 2008 pour mettre en place un tel programme n'ont pas eu besoin de le déployer en raison d'un faible taux d'embauche.

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

INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Pourcentage des établissements ayant réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation des ressources ¹	Non disponible	76 %	75 % ou plus d'ici 2015
Nombre de révisions de processus de dispensation de services cliniques et de services auxiliaires et administratifs réalisées en fonction du plan d'actualisation proposé par chaque agence	Non disponible	Non disponible	À déterminer selon les plans d'actualisation déposés par les agences en 2010-2011

1. L'indicateur temporaire « Mise en œuvre d'une démarche d'optimisation de portée nationale » a été supprimé cette année et remplacé par l'indicateur original.

En 2014-2015, 135 établissements sur 177, soit 76 % d'entre eux, ont réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation de leurs ressources. À cet égard, un répertoire des projets relatifs à l'amélioration de la performance est disponible pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux depuis décembre 2013. Il vise à favoriser la mise en commun de l'information à l'échelle nationale.

Le suivi des plans d'actualisation proposés par chaque agence n'a pas été requis. Il a été convenu que les gains financiers attendus seraient intégrés au budget des établissements. Dans ce contexte, la détermination d'une cible et son suivi se sont révélés non pertinents.

Conformément aux orientations sur la coordination, par les agences, des projets d'optimisation et des mesures de soutien en découlant, la fonction de coordination des projets d'amélioration de la performance a été instaurée dans chacune des régions sociosanitaires en juin 2013.

Les centres de traitement reliés aux technologies de l'information

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE ¹
Nombre de centres de traitement reliés aux technologies de l'information	250	249	200 centres, soit une diminution de 20 % par rapport à la situation en 2012-2013

1. Le libellé de cette cible a été modifié afin de mieux correspondre à l'indicateur.

À l'automne 2013, le Ministère a entrepris de revoir sa stratégie concernant le regroupement des centres de traitement reliés aux technologies de l'information avec l'objectif, à terme, de s'arrimer aux orientations gouvernementales. Dans l'intervalle, il suggère aux établissements 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.

Compte tenu du repositionnement de sa stratégie de regroupement des centres de traitement reliés aux technologies de l'information, le Ministère n'a pu atteindre, au 31 mars 2015, la cible de 20 % de réduction de ses centres. Les travaux ministériels ont été retardés par l'analyse et l'optimisation du contenu des données, qui doivent être consolidées et normalisées. De plus, à l'instar du gouvernement, le Ministère étudie actuellement la possibilité de tirer profit des solutions infonuagiques. Il croit judicieux de s'arrimer aux choix que fera le gouvernement dans ce dossier, car cette technologie aura une incidence sur les orientations à privilégier dans le cadre du projet de consolidation de ses centres de traitement reliés aux technologies de l'information.

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

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

Le Ministère a poursuivi, en 2014-2015, ses travaux d'identification et de développement des indicateurs comparatifs d'amélioration de la productivité (dimension « efficacité ») en conformité avec le Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion ainsi que le Guide de sélection et d'élaboration d'indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux, tous deux publiés en 2012. À ce jour, des groupes de travail ont permis de compléter le processus de sélection des indicateurs de performance dans les secteurs suivants : réseaux locaux de services, santé publique, oncologie, chirurgie, déficience physique et, enfin, soins palliatifs et de fin de vie. Des travaux se poursuivent pour le programme-services Jeunes en difficulté.

La disponibilité des données dans les systèmes d'information ministériels constitue un enjeu pour la conception des indicateurs. De plus, l'accès à certaines données de la Régie de l'assurance maladie du Québec implique de conclure au préalable, des ententes visant à assurer la confidentialité des renseignements. Une telle entente a été signée en janvier 2015, laquelle permet au Ministère de produire des indicateurs sur la rémunération des médecins.

Le Ministère n'avait pas accès au jumelage de bases de données en 2013-2014, ce qui constituait un défi supplémentaire pour la conception d'indicateurs. Au cours de la présente année, il a été possible de jumeler certaines banques de données et cette opération a permis d'amorcer les travaux visant à produire de nouveaux indicateurs.

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	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Modalités de production et de rétroaction mises en place	En développement	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.

Le tableau de bord qui est en élaboration permettra la diffusion, en 2015-2016, de la majorité des indicateurs retenus par le groupe de travail sur les réseaux locaux de services, tant à l'échelle nationale, régionale que locale. Des travaux sont toutefois nécessaires pour adapter les indicateurs retenus de façon à tenir compte du nouveau découpage territorial prévu dans la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).

Par ailleurs, le Ministère a poursuivi sa collaboration étroite avec l'Institut canadien d'information sur la santé pour la diffusion d'indicateurs comparables à l'échelle nationale, régionale et locale. Cette collaboration s'est traduite notamment par l'inclusion des données du Québec dans le site Web *Votre système de santé – en détail*, qui a été mis en ligne en septembre 2014 à l'intention des gestionnaires des systèmes de santé et qui comprend plus de trente indicateurs répartis selon différentes dimensions de la performance.

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 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Précisions apportées à la gouvernance par voie administrative ou législative	Atteint	Atteint	2011-2012

La cible fixée au regard du partage des responsabilités et des règles d'imputabilité, dans le Plan stratégique 2010-2015, a été atteinte en 2011-2012. La Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux (2011, chapitre 15) a apporté des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), notamment en ce qui a trait aux rôles et responsabilités des conseils d'administration du réseau.

Bien que cette cible ait été atteinte, le projet intitulé « Pour un meilleur partage des responsabilités MSSS-agences-établissements » a été entrepris en 2012. Il a notamment permis de réviser et de simplifier certains processus administratifs avec le souci d'éviter les dédoublements entre les paliers de gouverne. En 2014-2015, le projet a pris fin en raison de la réorganisation du réseau.

AXE : RÉVISION DES PROCESSUS ADMINISTRATIFS

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

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Réglementation et normes administratives révisées	Révision de la réglementation en cours Réduction de 30 % des circulaires	Travaux d'allègement administratif réalisés	De 2011 à 2015

En 2014-2015, le Ministère a poursuivi ses travaux d'allègement au regard des circulaires ministérielles en vigueur (directives consignées dans le Répertoire des normes et pratiques de gestion). Ainsi, seize circulaires ministérielles ont fait l'objet d'une révision et deux ont été retirées.

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a pour but d'accroître l'efficacité et l'efficacé du réseau (RLRQ, chapitre O-7.2). Après l'adoption de cette loi, le Ministère est en relation directe avec un plus grand nombre d'acteurs dans le réseau et il doit, par conséquent, réviser ses pratiques afin d'assumer adéquatement ses nouvelles responsabilités. En janvier 2015, des travaux d'allègement concernant certains processus administratifs ont commencé, avec pour objectif d'accroître la performance organisationnelle du Ministère.

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

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

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 1

INFORMER, SENSIBILISER, ÉDUQUER, 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 DÉMARCHÉ 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 2014-2015	CIBLE
Taux des personnels ciblés du Ministère ayant suivi une formation traitant minimalement de deux contenus de référence	68 %	60 % des personnels ciblés d'ici 2014-2015

Le plan de formation au développement durable du Ministère prévoyait la formation de 400 personnes. Considérant que la cible gouvernementale a été rehaussée de 50 % à 60 % en 2014-2015, 240 personnes étaient visées par la formation au 31 mars 2015.

Cette année, 84 professionnels et gestionnaires du Ministère ont suivi le module de formation en ligne sur la prise en compte des principes de développement durable ; ils ont pu s'informer au sujet de la démarche gouvernementale relative au développement durable, sur l'intranet, avant d'entreprendre leur formation. De plus, trois professionnels ont suivi la formation sur les acquisitions écoresponsables donnée par le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques. Cela porte de 185 à 272 le nombre de personnes ciblées ayant été formées pour cette année et fait en sorte que la cible fixée a été dépassée de 8 points de pourcentage.

De plus, la sensibilisation de l'ensemble du personnel du Ministère au développement durable s'est poursuivie en 2014-2015 avec de nombreuses activités. Parmi les moyens utilisés, on trouve :

- la tenue d'un kiosque présentant le développement durable, à l'occasion de l'accueil des nouveaux employés ;
- l'envoi d'un courriel de bienvenue, à 214 nouveaux employés pour les sensibiliser au développement durable et les inviter à suivre le module de formation sur la prise en compte des principes ;
- la mise à jour et l'enrichissement, notamment par l'ajout d'outils, de la section de l'intranet consacrée au développement durable ;
- l'organisation d'un atelier-conférence sur l'entretien de son vélo et la tenue d'un kiosque sur les transports actifs et collectifs ;
- la mise en ligne d'annonces dans l'intranet, dont des capsules portant sur les transports actifs et collectifs ;
- la participation du Ministère au Défi sans auto solo.

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	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Certification «Entreprise en santé – Élite» obtenue	Certification maintenue	Maintien de la certification «Entreprise en santé – Élite» à l'audit de février 2015 ¹

1. Le libellé de la cible a été modifié: «éventuelle certification» a été remplacé par «certification», celle-ci ayant été obtenue en 2013-2014, et «janvier 2015» a été remplacé par «février 2015» puisque c'est en février qu'a eu lieu l'audit.

Le Ministère a été soumis, en février 2015, à un audit du Bureau de normalisation du Québec pour l'évaluation du maintien de la certification Entreprise en santé – Élite. Ce dernier a confirmé le maintien de la certification au moment même de l'audit, soit le 13 février 2015.

Dans le cadre du Programme de santé et mieux-être – Vivactif, plusieurs actions ont été menées dans les quatre sphères d'activité reconnues comme ayant des effets significatifs sur la santé et le mieux-être au travail, soit les pratiques de gestion, l'environnement de travail, la conciliation travail et vie personnelle ainsi que les habitudes de vie. En voici quelques exemples :

- production d'aide-mémoires sur les meilleures pratiques de gestion ;
- installation d'un système de climatisation central supplémentaire pour réduire les écarts de température dans l'édifice situé au 1005, chemin Sainte-Foy ;
- réalisation du Programme de prévention 2014 en santé et sécurité du travail ;
- sensibilisation de l'ensemble du personnel au bruit dans leur environnement de travail ;
- réalisation de travaux visant la bonification du régime d'aménagement et de réduction du temps de travail par l'ajout de quatre nouvelles options permettant de réduire le temps de travail ;
- organisation de dîners communautaires axés sur la consommation de fruits et de légumes ;
- réalisation du Défi du 1 000 km.

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 2014-2015	CIBLE
Pourcentage des établissements ayant adopté une politique alimentaire	97 %	95 % des établissements

Pour l'année 2014-2015, le résultat relatif à l'adoption d'une politique alimentaire a dépassé la cible fixée à 95 % des établissements. Les efforts se poursuivent pour assurer une mise en œuvre optimale des politiques alimentaires au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

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 2014-2015	CIBLE
Actions permettant de renforcer la qualité et l'efficacité de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé	Cible atteinte. Poursuite de la mise en œuvre des actions.	Mise en œuvre des actions permettant de renforcer la qualité et l'efficacité de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé

Dans la continuité de l'application des recommandations contenues dans le Rapport d'évaluation des pratiques, produit en 2013 par l'École nationale d'administration publique, le Ministère poursuit la mise en œuvre des recommandations proposées pour renforcer la qualité et l'efficacité des évaluations d'impact des politiques publiques sur la santé. Parmi les recommandations énoncées, le Ministère a priorisé celle visant à « mieux informer les décideurs ».

En conformité avec la priorité retenue, une formation relative aux évaluations d'impact des politiques publiques sur la santé a été préparée à l'intention des ministères et organismes publics des autres secteurs que celui de la santé ; elle sera dispensée en 2015-2016. Depuis 2014, le Ministère a en outre entrepris la révision du guide méthodologique qui soutient l'approche d'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé, guide qui s'adresse lui aussi à tous les ministères et organismes publics concernés par la question.

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 2014-2015	CIBLES
Nombre d'activités culturelles et artistiques réalisées au Ministère	7 activités (augmentation de 2 activités)	Augmentation du nombre d'activités culturelles et artistiques réalisées au Ministère
Nombre d'activités de sensibilisation, d'information, de promotion ou de recherche sur les arts et la culture réalisées par le Ministère	5 activités	Réalisation de 5 activités de sensibilisation, d'information, de promotion ou de recherche sur les arts et la culture par le Ministère auprès du réseau
Nombre d'établissements ayant réalisé au moins une activité culturelle ou artistique	29 établissements (augmentation d'un établissement)	Augmentation du nombre d'établissements ayant réalisé au moins une activité culturelle ou artistique

En 2014-2015, le Ministère a organisé sept activités culturelles ou artistiques, contre cinq en 2013-2014. D'abord, la chorale du Ministère a offert deux concerts aux autres employés. Une conférence pour la Journée internationale de la femme a eu lieu le 11 mars 2015, sur le thème : « La violence faite aux femmes : enjeux présents et futurs ». Le centre de documentation du Ministère a quant à lui célébré les Journées de la culture en invitant le personnel à venir consulter les différents ouvrages qui se trouvent dans ses murs. Enfin, trois ajouts dans la partie de l'intranet consacrée au développement durable ont été faits précisément sur le sujet de la culture ; il s'agit de capsules d'information sur les lieux culturels situés à proximité des édifices du Ministère, de capsules d'information sur l'histoire de la médecine au Québec et d'une section explicative sur les liens entre la culture et la santé.

En ce qui concerne la promotion des arts et de la culture dans le réseau, elle s'est faite notamment par l'enrichissement de la partie de l'intranet du réseau qui porte sur le développement durable. On y a ajouté les capsules d'information sur l'histoire de la médecine au Québec et la section explicative sur les liens entre la culture et la santé, déjà citées, ainsi qu'un document présentant la culture comme un déterminant de la santé. Par ailleurs, la chorale du Ministère a donné un concert de Noël à l'Hôpital du Saint-Sacrement. Enfin, au moins trois organismes communautaires actifs en santé mentale, notamment au moyen de l'art, ont reçu un soutien financier du Ministère. En effet, l'Art-Rivé, le Boulev'Art de la Vallée et la Fondation pour l'art thérapeutique et l'art brut au Québec ont bénéficié d'une aide de 170 133 \$, 613 737 \$ et 24 918 \$ respectivement.

Le nombre d'établissements ayant réalisé au moins une activité culturelle ou artistique a été obtenu par l'intermédiaire d'un sondage effectué à deux reprises, en 2013 et en 2015. Il a légèrement augmenté, passant de 28 en 2012-2013 (17 % des répondants) à 29 en 2014-2015 (19 % des répondants).

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 terrain 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 2014-2015	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	Non disponible	30 % des responsables de l'entretien des terrains du RSSS

Dans un sondage mené en 2012-2013 démontre que, la moitié des gestionnaires (49 %) ont indiqué avoir mis en pratique une ou plusieurs des suggestions contenues dans le guide de bonnes pratiques sur la gestion écoresponsable des terrains. La cible de 30 % était donc déjà atteinte à ce moment. Compte tenu de la transformation du réseau, il n'a pas été possible de transmettre un nouveau sondage aux gestionnaires concernés cette 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'ACQUISITIONS ÉCORESPONSABLES**

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

INDICATEUR	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Actions permettant une saine gestion environnementale et de meilleures acquisitions écoresponsables	Activités issues du programme de navettage durable et sensibilisation à la réduction de la consommation de papier	Poursuite de la mise en œuvre des actions du plan de gestion environnementale 2013-2015

En 2014-2015, la mise en œuvre des actions inscrites dans le plan de gestion environnementale adopté par le Ministère en 2013-2014 s'est faite, entre autres, par la réalisation d'activités liées au programme de navettage durable. Parmi celles-ci, on trouve la promotion de L'abonne Bus, de l'OPUS & Cie et du logiciel de covoiturage ainsi que l'offre d'un laissez-passer d'autobus gratuit pour un mois. Le Ministère a aussi distribué des billets d'autobus à différentes directions afin de promouvoir auprès des employés l'utilisation de l'autobus pour leurs déplacements professionnels. De même, afin d'encourager la diminution des émissions de gaz à effet de serre de ses employés, le Ministère a diffusé des capsules d'information sur les transports actifs et collectifs sur la Une de l'intranet.

Afin de sensibiliser son personnel à la réduction de la consommation de papier, le Ministère a diffusé un aide-mémoire produit par la Société d'assurance automobile du Québec. Il a aussi fait la promotion d'une formation en ligne sur ce sujet, également produite par la Société.

» **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 2014-2015	CIBLE ¹
Orientation ministérielle en matière de gestion des matières résiduelles adoptée	Travaux en cours	Diffusion de l'orientation ministérielle adoptée en 2013-2014

1. Le libellé de la cible a été modifié en 2014-2015 parce qu'il n'était pas adapté à l'indicateur; il se lisait auparavant comme suit: « Mise en place du plan d'action ».

Au cours de l'année 2014-2015, le Ministère a entamé les travaux afin de diffuser l'orientation ministérielle visant à favoriser l'implantation de plans de gestion des matières résiduelles dans le réseau, adoptée en 2013-2014. Les travaux se poursuivront en 2015-2016 puisque la diffusion de l'orientation est prévue dans le Guide de gestion des déchets en milieux de soins, dont la publication est attendue à l'automne 2015.

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	RÉSULTAT 2014-2015	CIBLE
Actions mises en œuvre en matière de retraitement des dispositifs médicaux	Mise en œuvre de diverses actions au cours de l'année.	Mise en œuvre des actions liées au retraitement des dispositifs médicaux

L'intervention en matière de retraitement des dispositifs médicaux s'inscrit dans le Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, dont les actions 13, 14, 17 et 20 traitent expressément.

Voici les actions mises en œuvre en matière de retraitement des dispositifs médicaux (RDM):

- la diffusion par l'Institut national de la santé publique du Québec, dans le cadre du mandat qui lui est confié par le Ministère, de lignes directrices et de modes opératoires dans les domaines du RDM de type critique, le retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles, l'audit relatif au retraitement des dispositifs médicaux critiques et le transport des dispositifs médicaux en vue de leur retraitement par un organisme externe. Le Ministère encourage les établissements à se référer à ces documents, qui sont accessibles gratuitement sur le site de l'Institut, pour s'assurer qu'ils observent les standards de qualité les plus élevés au regard du RDM;

- la mise à jour du plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales pour la période 2015-2020 ;
- le développement de la version électronique du formulaire appelé rapport d'analyse en RDM, maintenant intégré au Système d'information pour la sécurité des soins et des services ;
- le déploiement de cette nouvelle version du formulaire dans le réseau et la formation des répondants locaux sur le RDM ;
- la mise à jour du formulaire papier, à la suite de l'implantation du formulaire électronique, pour assurer le suivi des incidents et des accidents liés au RDM ;
- l'élaboration, par le Cégep de Saint-Laurent, d'une formation en ligne d'une durée de cinq heures sur le retraitement des endoscopes. Le Ministère a priorisé cette formation parmi celles qui sont offertes aux établissements.

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 2014-2015	CIBLE
Critères d'écoresponsabilité à considérer dans les processus d'appels d'offres définis et diffusés	En cours	Définition et diffusion des critères ¹

1. Le libellé de cette cible a été modifié en 2014-2015. Il est passé de « Mise en œuvre du plan d'action » à « Définition et diffusion des critères » afin d'assurer une plus grande cohérence avec l'indicateur.

Au cours de l'année 2013-2014, le Ministère a identifié des initiatives régionales et il se proposait d'étudier la possibilité de les étendre à l'ensemble du Québec. Il s'agissait notamment de l'initiative de l'agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean qui a défini, en collaboration avec le Centre québécois de développement durable, des critères d'écoresponsabilité (bassin d'indicateurs de développement durable) pour la région et produit un outil d'analyse des données collectées.

En 2014-2015, le Ministère a collaboré à la version préliminaire d'un guide à l'intention des acheteurs au sein du marché institutionnel, sous-titré *Introduction de critères et de spécifications de développement durable pour les achats alimentaires dans le marché institutionnel* et produit par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation. La création d'une table de travail sur l'initiative régionale précitée, associant toutes les agences, était par ailleurs prévue. Cependant, à la suite de l'adoption de la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau, qui prévoit l'abolition des agences (RLRQ, chapitre O-7.2), la révision des modalités relatives au fonctionnement des tables de travail a été reportée.

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 2014-2015	CIBLES
Nombre de projets adoptant les critères d'écoresponsabilité	1 projet	Sans objet ¹
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 2014-2015

1. Aucune cible n'avait été établie pour cet indicateur.

En 2014-2015, les critères d'écoresponsabilité ont été pris en considération pour un seul des projets d'accompagnement dans la réalisation du Programme fonctionnel et technique.

Les travaux relatifs à la rédaction des guides du Répertoire des guides de planification immobilière se poursuivent et les critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction y sont intégrés graduellement. En 2014-2015, le Ministère a publié les guides suivants : « Guide d'élaboration du plan clinique », « Centres hospitaliers de soins de courte durée : Unité du laboratoire de biologie médicale », « Centres hospitaliers de soins de courte durée : Unité de soins de courte durée – Médecine et chirurgie (incluant l'unité d'hospitalisation brève) » et « Centres hospitaliers de soins de courte durée : Unité d'imagerie médicale ».

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 2013-2014 ¹	CIBLE
Taux de valorisation pour les aides à la locomotion	43 %	Maintien du taux de valorisation pour les aides à la locomotion à 35 %

1. Étant donné que les données les plus récentes datent de 2013-2014, la cible et le résultat sont ceux de ce même exercice financier. Le résultat est établi à partir d'indicateurs produits par la Régie de l'assurance maladie du Québec et déposé annuellement au Ministère.

En 2013-2014, la cible de 35 % relative au taux de valorisation pour les aides à la locomotion a été largement dépassée. En effet, le taux a atteint 43 %. Il s'agit d'une augmentation de trois points de pourcentage par rapport à 2012-2013.

Ce résultat s'explique par la contribution active des centres de réadaptation en déficience physique et de leurs usagers au processus de valorisation, lequel comprend les étapes suivantes : la récupération, le nettoyage, la réparation et la réattribution des aides techniques à la locomotion. Ainsi, le processus permet de s'assurer que les aides à la locomotion sont de qualité et sécuritaires. Les aides techniques valorisées sont celles qui sont retournées aux centres lorsque les usagers ne les utilisent plus, notamment à la suite d'un changement de condition physique ou d'un décès.

L'adhésion de tous les acteurs à ce processus a entraîné une augmentation constante du taux de valorisation au cours des dernières années. Cette augmentation permet à la Régie de l'assurance maladie du Québec de réaliser des économies substantielles et contribue à une meilleure gestion des fonds publics. En outre, elle permet de mieux servir la population vieillissante, selon la tendance démographique actuelle.

Objectif gouvernemental 8

Augmenter la part des énergies renouvelables ayant des incidences moindres sur l'environnement (biocarburants, biomasse, énergie solaire, éolien, 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'intensité énergétique et de l'émission des gaz à effet de serre

INDICATEURS	RÉSULTATS 2014-2015	CIBLES
Réduction globale des émissions de gaz à effet de serre (tonnes de CO ₂)	Participation à la définition de cibles permettant de respecter le Plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques	En relation avec le Plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques, participation à la réduction des émissions de GES des bâtiments de l'État de 15 % sous le niveau 2009-2010 à l'horizon 2020
Réduction globale de l'intensité énergétique (gigajoules/m ²)	Financement de projets en économie d'énergie	Cible concernant l'intensité énergétique à définir

Sous la coordination du Bureau de l'efficacité et de l'innovation énergétiques (relevant du ministère de l'Énergie et des Ressources naturelles) et en collaboration, notamment, avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques, le Ministère participe à la définition de nouvelles cibles respectant le deuxième Plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques.

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 d'avoir, en 2010, réduit de 14 % l'intensité énergétique de ses bâtiments par rapport à 2003. Les travaux relatifs à l'efficacité énergétique s'inscrivaient donc dans ce cadre depuis 2006 mais, pour l'exercice financier 2014-2015, aucune nouvelle cible n'a été définie à ce sujet.

Néanmoins, globalement, depuis que le réseau réalise des projets d'économie d'énergie, les 190 projets approuvés représentent 308 millions de dollars en autorisation d'emprunt et auront permis de générer près de 50 millions de dollars en économie d'énergie annuelle.

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 2014-2015	CIBLE
Pourcentage de la flotte d'ambulances équipées du dispositif de chauffage auxiliaire	80 %	Installation du dispositif de chauffage auxiliaire dans les ambulances

Le dispositif de chauffage auxiliaire est maintenant installé dans la majorité des véhicules en service (plus de 80 % des véhicules). Toutefois, le Ministère recommande dorénavant que cet appareil, à moins qu'il ne soit essentiel à l'atteinte des normes de certification du Bureau de normalisation du Québec, ne soit installé que dans les véhicules qui seront utilisés pour faire du déploiement dynamique (attente sur les coins de rue en milieu urbain). Ainsi, une diminution du nombre de véhicules équipés de ce dispositif devrait s'observer au cours des prochaines années.

Une nouvelle technologie concernant la gestion du moteur devrait bientôt permettre de faire démarrer le véhicule automatiquement en fonction de divers paramètres tels que la température et le voltage, aussi bien en hiver, pour le chauffage, qu'en été, pour la 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 en 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 2014-2015	CIBLES
Nombre d'activités de sensibilisation et d'information réalisées par le Ministère	3	Réalisation d'activités de sensibilisation et d'information
Nombre d'activités de mise en commun des expertises réalisées par le Ministère	2	Réalisation d'activités de mise en commun des expertises
Pourcentage des établissements ayant entrepris une démarche de développement durable	57 % (augmentation de 9 points de pourcentage par rapport à 2012-2013)	Augmentation du pourcentage d'établissements ayant entrepris une démarche de développement durable

Afin de sensibiliser le personnel des établissements au développement durable, le Ministère a travaillé avec le réseau des répondants régionaux en développement durable.

En 2014-2015, les activités suivantes ont été réalisées :

- une conférence téléphonique avec le réseau des répondants régionaux ;
- la modification et l'ajout de contenus sur le développement durable et l'ajout d'outils sur la partie de l'intranet du réseau consacrée au développement durable ;
- l'attribution, par le ministre, d'une mention d'excellence dans le domaine du développement durable à l'occasion de la remise 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 diffusé, dans la partie de l'intranet du réseau consacrée au développement durable, une section « Mention d'excellence » où il est possible de consulter les initiatives gagnantes en matière de développement durable. De plus, une nouvelle section sur le partage d'information permet d'accéder à des groupes de travail, à des communautés de pratique ou à des groupes de recherche en santé et en développement durable.

Enfin, le portrait des démarches entreprises par les établissements publics du réseau⁷ au regard du développement durable qui a été dressé au début de l'année 2013 montrait que 48 % des établissements publics ayant répondu au sondage avaient entrepris une telle démarche. En 2014-2015, 178 établissements publics ont été sollicités pour répondre au même sondage. Des 152 répondants, 86 ont entrepris une démarche de développement durable, soit 57 %. Il s'agit donc d'une augmentation de 9 points de pourcentage par rapport à 2012-2013.

Retrait d'une action inscrite dans le Plan d'action de développement durable 2009-2015

ACTION RETIRÉE	RAISON
Action 16 : Ententes spécifiques avec les conférences régionales des élus	La responsabilité de cette action n'incombe plus au Ministère. C'est le Secrétariat aux aînés qui porte cette action et celui-ci relève maintenant du Ministère de la Famille.

2.3 La Déclaration de services aux citoyens

La présente 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 (RLRQ, chapitre T-0.01).

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

7. Tout établissement ayant entrepris une démarche de développement durable doit avoir pris un engagement au regard du développement durable, mener des activités ayant un lien avec les trois dimensions du développement durable et, dans un contexte d'amélioration continue, prévoir ou inclure des mécanismes de suivi ou d'évaluation.

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

Au cours de 2014-2015, le Ministère a donné suite à un total de 2 786 demandes de renseignements généraux. Il s'agit des demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponse. On observe une diminution de 279 communications, soit de 9,1 %, par rapport à 2013-2014.

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

MODES DE COMMUNICATION	2013-2014	2014-2015
Appels téléphoniques	1 955 (64 %)	1 799 (65 %)
Courriels	1 110 (36 %)	987 (35 %)
TOTAL	3 065 (100 %)	2 786 (100 %)

La téléphonie demeure le moyen de communication le plus fréquemment utilisé (65 %) pour les demandes de renseignements, devant les courriels (35 %).

Appels téléphoniques

ENGAGEMENTS

- Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec
- Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 20 h 00
- Réponse la plus rapide possible

- Pour toute demande de renseignements, les citoyens peuvent composer le numéro sans frais de Services Québec, soit le 1 877 644-4545. Les appels téléphoniques sont pris en charge dans un délai de trois minutes. Pour un message laissé sur la boîte vocale, un retour d'appel est prévu dans un délai d'un jour ouvrable.
- 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 sept appels téléphoniques par jour ouvrable, en moyenne, en 2014-2015.
- Lorsqu'une demande adressée à Services Québec est complexe et nécessite une recherche plus approfondie, elle est transférée au Ministère. La réponse est donnée dans les meilleurs délais, conformément aux engagements ministériels.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENTS

- Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les dix jours ouvrables suivant la réception de la demande

- Les citoyens peuvent envoyer leur demande de renseignements par Internet en consultant le site Web de Services Québec, au www.mess.gouv.qc.ca. Services Québec répond à ces courriels dans un délai de deux jours ouvrables.
- Les demandes plus complexes sont transmises au Ministère.
- Dans la quasi-totalité des cas, une réponse est fournie au citoyen à l'intérieur d'un délai de 48 heures ou, sinon, dans les dix jours ouvrables et aucun accusé de réception n'est envoyé.
- Lorsqu'une demande nécessite une recherche plus approfondie, un contact est fait auprès du citoyen pour l'aviser du suivi de sa demande.
- Le Ministère a répondu à quatre courriels par jour ouvrable, en moyenne, cette année.

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 c'est le Secrétariat à l'adoption internationale qui agit au nom du ministre. Le Secrétariat assure ainsi les fonctions d'encadrement, de coordination et de contrôle, en plus de veiller 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 et les soutient de différentes façons tout au long des démarches d'adoption entreprises.

L'année 2014-2015 a été marquée par la poursuite de la collaboration avec les Autorités centrales des pays d'origine des enfants, dans le respect de la législation et de la culture de ces pays. Par ailleurs, de solides partenariats ont été établis avec les différentes instances responsables de l'adoption internationale dans les pays d'accueil. Ces actions, outre le fait qu'elles ont servi au Québec à maintenir son positionnement à l'échelle mondiale en matière d'adoption internationale, ont permis de trouver des pistes communes au regard d'interventions et de pratiques à mettre en place.

Du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015, le Ministère comptait 990 dossiers d'adoption ouverts, dont 237 l'ont été au cours de cette période. Parmi ceux-ci, 202 ont été ouverts par l'intermédiaire d'un organisme agréé, nombre qui représente 85 % des adoptions effectuées pendant cet exercice. De plus, 11 demandes de renouvellement d'agrément d'organismes ont été examinées.

Au cours de cette même période, 11 nouveaux dossiers de recherche des origines ont été ouverts et 53 demandes de renseignements à ce sujet ont été traitées par courriel, par téléphone ou en personne.

Par ailleurs, 352 demandes de renseignements par courrier électronique ont été traitées et plus de 3 000 courriers postaux ayant trait au projet d'adoption des citoyens ont fait l'objet d'une correspondance du Ministère avec les citoyens.

Durant cette période, 216 demandes de citoyens concernant des projets d'adoption sans l'entremise d'un organisme agréé ont été analysées, en sus des demandes d'information et des suivis relatifs à un projet d'adoption auquel était lié 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.

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 ces derniers le traitement adéquat et rapide de leur demande.▪ Le Secrétariat répond quotidiennement aux appels téléphoniques provenant d'organismes agréés, d'intervenants du réseau (établissements), mais surtout de citoyens souhaitant obtenir des renseignements ou présenter un projet d'adoption.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENTS	<ul style="list-style-type: none">▪ Réponse, ou accusé de réception précisant le délai de réponse, dans les dix 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 nécessaires au suivi de chacun des 990 dossiers d'adoption ouverts.▪ Selon les observations et les analyses ponctuelles, une réponse est donnée, dans la très grande majorité des cas, en moins de dix jours ouvrables.

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.▪ Tous les visiteurs sont traités de la même façon, qu'ils aient ou non pris rendez-vous. L'employé visé est informé de l'arrivée d'une personne et, s'il lui est impossible de la recevoir, des arrangements seront pris avec elle.

2.3.3 LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA LOI SUR LE TABAC

La Direction de l'inspection et des enquêtes est responsable, au sein du Ministère, des mandats suivants : mise en œuvre de la Loi sur le tabac (RLRQ, chapitre T-0.01), application de la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (RLRQ, chapitre C-5.2) et visites d'inspection des résidences privées pour aînés, des salons funéraires ainsi que des laboratoires d'orthèses-prothèses. En conséquence, elle fournit des renseignements tant à la population qu'aux exploitants et aux employés des lieux visés par ces lois, à l'exception des résidences privées pour aînés. Ce service reçoit aussi les plaintes se rapportant à l'application de ces lois. Le mode de communication le plus utilisé par ceux qui demandent des renseignements, déposent une plainte ou commandent du matériel est le téléphone.

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

MODES DE COMMUNICATION	NOMBRE	DÉLAI DE RÉPONSE MOYEN
Appels téléphoniques	2 382	Sans objet
Courriers électroniques	193	1,8 jour
Courriers postaux et télécopies	5	1 jour
TOTAL	2 580	Sans objet

En 2014-2015, 4 505 appels téléphoniques, dont 2 382 concernaient des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel, ont été reçus. Il n'y a eu aucune attente pour 80 % des 4 505 appels et le temps de réponse a été de 33 secondes, en moyenne, pour les autres appels (20 %). Comme pour l'année précédente, la durée moyenne des appels s'élève à trois minutes.

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 (ou, 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 messages et le personnel y répond dans les meilleurs délais, assurant ainsi un service adéquat à la population, dans le respect de la Déclaration de services aux citoyens.▪ En 2014-2015, 4 505 appels téléphoniques ont été reçus. De ce nombre, 676 appels (15 %) ont été abandonnés avant leur prise en charge. Sur les 3 829 appels répondus, 2 382 visaient directement les secteurs d'activité suivants :<ul style="list-style-type: none">– la mise en œuvre de la Loi sur le tabac (2 304 appels);– les salons de bronzage (58 appels);– les salons funéraires (13 appels);– les laboratoires d'orthèses-prothèses (7 appels).▪ Pour l'ensemble des secteurs d'activité, il s'agissait de demandes de renseignements sur les lois et les règlements (65 %), de plaintes liées à leur application (26 %) ou de commandes de matériel (9 %). Au total, 2 382 appels concernaient directement l'application des lois. Cela représente une diminution d'environ 11 % par rapport à l'année précédente. Cette diminution s'explique principalement par la stabilité quant au respect et à la connaissance de la Loi sur le tabac et de celle qui vise à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel. L'ouverture de nouveaux salons de cigares, les plaintes portant sur l'exploitation illégale de salons de cigares ou de tabac à pipe (incluant la shisha) et l'arrivée sur le marché de la cigarette électronique constituent autant de sujets qui suscitent plusieurs demandes d'information.▪ Les 1 447 appels restants concernaient indirectement les secteurs d'activité suivants : médias, suivis d'inspection pour le personnel et appels concernant l'embauche, notamment.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENTS	
	<ul style="list-style-type: none">▪ Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les dix jours ouvrables suivant la réception de la demande
	<ul style="list-style-type: none">▪ La Direction de l'inspection offre à la population la possibilité de demander des renseignements se rapportant à la Loi sur le tabac par courrier électronique (loi-tabac@msss.gouv.qc.ca). En 2014-2015, 193 demandes lui ont été acheminées par ce moyen de communication, soit une diminution de 12 % par rapport à l'année précédente. La réponse a été donnée par téléphone dans 5 % des cas et par courriel dans 90 % des cas, et ce, dans un délai moyen de 1,8 jour. Les autres messages (5 %) n'exigeaient pas de réponse.▪ Par ailleurs, quatre des cinq lettres reçues par la poste ou par télécopieur constituaient des plaintes concernant l'application de la Loi sur le tabac. Seulement une d'entre elles contenait les coordonnées du plaignant, à qui un accusé de réception a été envoyé le jour suivant la réception de sa lettre. Nous n'avons pu répondre à la dernière correspondance en raison de difficultés de communications avec le plaignant.

2.3.4 LES PLAINTES

ENGAGEMENTS

- Traitement de la plainte dans un délai de vingt 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
-
- Il est important de rappeler ici que le service de première ligne aux citoyens est assuré par Services Québec en vertu d'une entente de services. Un accusé de réception est systématiquement envoyé et la réponse à une demande est transmise au citoyen à l'intérieur d'un délai de deux jours ouvrables lorsque celle-ci est reçue par courrier électronique ou par télécopieur. Quant aux appels téléphoniques, ils sont répondus dans un délai de trois minutes s'ils sont reçus pendant les heures d'ouverture des bureaux et les messages laissés dans les boîtes vocales sont traités dans un délai d'un jour ouvrable.
 - Lorsqu'une plainte reçue par Services Québec concerne les services offerts par un établissement de santé et de services sociaux ou l'un de ses partenaires, public ou privé, le citoyen est d'abord dirigé vers le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de la région sociosanitaire où ont été fournis les services visés par sa plainte. En cas d'insatisfaction relativement à la réponse reçue, il recevra 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 2015, le Ministère comptait 956 personnes à son emploi dans un poste régulier ou occasionnel, pour un effectif utilisé de 694,44 en équivalent temps complet (ETC). Les données sur l'effectif utilisé diffèrent de celles sur 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 rendue disponible par le Secrétariat du Conseil du trésor). L'écart observé de 19 effectifs en moins en 2013-2014 par rapport à 2014-2015 s'explique principalement par le gel de l'embauche imposé, dès le 24 avril 2014, aux ministères et organismes dont le personnel est assujéti à la Loi sur la fonction publique (RLRQ, chapitre F-3.1.1), et ce, dans le cadre des mesures administratives en matière de contrôle des dépenses.

Effectif en poste au 31 mars 2015

SECTEURS D'ACTIVITÉ OU ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	2013-2014	2014-2015	ÉCARTS
Direction supérieure	73	73	0
Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité	65	68	3
Direction générale de la santé publique	81	76	-5
Direction générale des services sociaux	93	94	1
Direction générale des services de santé et médecine universitaire	70	63	-7
Direction générale du personnel réseau et ministériel	79	77	-2
Direction générale des finances, des immobilisations et du budget	239	150	-89
Direction générale à la coordination réseau et ministérielle ¹	—	86	86
Direction générale des technologies de l'information	275	269	-6
Sous-total	975	956	-19
Secrétariat aux aînés	27	—	-27
Commissaire à la santé et au bien-être	16	18	2
TOTAL	1 018	974	-44

1. Dans le cadre de la réorganisation d'unités administratives, en date du 30 octobre 2014, des employés ont été transférés de la Direction générale des finances, des immobilisations et du budget à la nouvelle Direction générale à la coordination réseau et ministérielle.

L'effectif utilisé au 31 décembre 2014¹

SECTEURS D'ACTIVITÉ OU ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	2013-2014	2014-2015	ÉCARTS
Direction supérieure	52,69	55,44	2,75
Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité	50,06	50,83	0,77
Direction générale de la santé publique	55,63	55,14	-0,49
Direction générale des services sociaux	62,25	67,29	5,04
Direction générale des services de santé et médecine universitaire	50,38	47,66	-2,72
Direction générale du personnel réseau et ministériel	51,53	54,38	2,85
Direction générale des finances, des immobilisations et du budget	162,52	112,04	-50,48
Direction générale à la coordination réseau et ministérielle ²	—	58,49	58,49
Direction générale des technologies de l'information	203,70	193,18	-10,52
Sous-total	688,76 ETC	694,44 ETC	5,68 ETC
Secrétariat aux aînés ³	22,29	—	-22,29
Commissaire à la santé et au bien-être	12,92	13,86	0,94
TOTAL	723,97 ETC	708,30 ETC	-15,67 ETC

1. Les données 2014-2015 du fichier qu'utilise le Secrétariat du Conseil du trésor pour assurer le suivi mensuel des ETC concernent les neuf premiers mois de l'année financière 2014-2015, soit la période allant du 1^{er} avril au 31 décembre 2014. La livraison du quatrième trimestre est prévue à la fin de juin 2015.
2. Dans le cadre de la réorganisation d'unités administratives, en date du 30 octobre 2014, des ETC ont été transférés de la Direction générale des finances, des immobilisations et du budget à la nouvelle Direction générale à la coordination réseau et ministérielle.
3. Les effectifs du Secrétariat aux aînés ont quitté le ministère de la Santé et des Services sociaux le 28 août 2014.

La mobilisation du personnel et le climat de travail

L'évaluation annuelle des pratiques de gestion en santé et mieux-être qui s'est déroulée en mars 2015 a connu un taux de participation exceptionnel de 86 %, ce qui montre bien l'intérêt du personnel à s'impliquer dans l'amélioration continue de ces pratiques. Elle a notamment fait ressortir comme des points forts les éléments suivants : la prise en compte de l'équilibre entre travail et vie personnelle dans les pratiques de gestion, le fait de favoriser les relations respectueuses entre les collègues de travail, l'autonomie des employés ainsi que la reconnaissance de leurs compétences et des efforts qu'ils ont déployés. Par ailleurs, l'énoncé portant sur la contribution du supérieur immédiat à créer un climat de travail agréable dans l'équipe a obtenu un taux d'accord positif de 90 %. Enfin, cet exercice a été souligné comme étant lui-même un point fort à l'occasion de l'audit de maintien de la certification Entreprise en santé – Élite.

De plus, l'organisation d'une activité pour la rentrée a donné l'occasion aux ministres, au sous-ministre et au personnel de se rencontrer. Cette rencontre annuelle fait salle comble année après année et permet aux employés de connaître les priorités et les enjeux ministériels, d'échanger entre eux et d'élargir leur réseau de contacts professionnels. Bien qu'elle soit brève, la rencontre favorise la mobilisation et renforce le sentiment d'appartenance.

Enfin, la présentation du bilan des actions en santé et mieux-être réalisées en 2014 a suscité un grand intérêt (100 participants). Cette rencontre a permis de montrer l'importance qu'accorde la haute direction à la santé et au mieux-être du personnel en plus de servir à faire le point sur les priorités ministérielles telles que le projet de loi 10 qui, une fois adopté, est devenu la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2). En outre, les employés ont eu la possibilité de poser des questions, d'émettre leurs commentaires et d'exprimer leurs préoccupations à l'égard des différents sujets traités lors de cette rencontre. En ce sens, les employés bénéficient également d'une tribune permanente à laquelle ils accèdent par l'intermédiaire d'une adresse courriel ou par le comité qui les représente.

La formation et le perfectionnement du personnel

La formation et le perfectionnement du personnel demeurent des priorités au Ministère, et ce, malgré le contexte budgétaire. Les données à ce sujet montrent d'ailleurs une augmentation du nombre de jours de formation pour les professionnels et les fonctionnaires en 2014 par rapport à 2013. Malgré cela, le montant alloué par personne est moindre en 2014 qu'en 2013 puisque le Ministère respecte les mesures administratives en matière de contrôle des dépenses.

Répartition des dépenses totales destinées à la formation et au développement du personnel par champ d'activité¹

CHAMPS D'ACTIVITÉ ²	ANNÉE CIVILE 2013	ANNÉE CIVILE 2014
Favoriser le développement des compétences	123 032 \$	113 844 \$
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	33 724 \$	37 021 \$
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	20 011 \$	27 452 \$
Favoriser le cheminement de carrière	25 612 \$	30 504 \$
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	Non disponible	5 688 \$

1. Les montants excluent les salaires des participants.

2. Les ministères sont invités à adapter ce tableau à leur situation respective relativement aux champs d'activités. Les champs d'activité qui apparaissent dans le tableau sont indiqués à titre d'exemple. Le champ *Favoriser le développement des compétences* fait référence aux compétences liées à l'exercice des fonctions exercées.

Évolution des dépenses en formation¹

ANNÉE CIVILE	2013	2014
Proportion de la masse salariale	0,97 %	0,55 %
Nombre moyen de jours de formation par personne	1,37 jour	2,49 jours
Montants alloués par personne	775 \$	544 \$

1. Le dénominateur utilisé pour le calcul du nombre de jours de formation et des montants alloués par personne est le nombre total d'employés au 31 décembre 2014 (année civile). Il se calcule en personnes et non en ETC. Le nombre total des employés comprend tous les employés de l'organisation, incluant les cadres et les administrateurs de l'État, à l'exception des stagiaires et des étudiants. Les montants alloués incluent les salaires des participants.

Jours de formation selon les catégories d'emploi

ANNÉE CIVILE	2013	2014
Cadres	365 jours 5,5 heures	259 jours 3 heures
Professionnels	652 jours 2,5 heures	1 029 jours 6,5 heures
Fonctionnaires	220 jours 6 heures	361 jours 3,5 heures

Les règles pour les bonis au rendement

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 et par l'article 42 du chapitre 25 des lois de 2013, prévoit qu'aucun boni fondé sur le rendement ne peut être accordé aux cadres et aux cadres juridiques à l'égard de l'exercice financier 2013-2014.

Ainsi, le Ministère n'a accordé aucun boni fondé sur le rendement ni aux titulaires d'un emploi supérieur, ni aux cadres.

La planification de la main-d'œuvre

Le nombre de départs à la retraite est sensiblement le même en 2014-2015 qu'en 2013-2014. En effet, 23 employés ont pris leur retraite au cours de la dernière année financière, contre 25 pendant l'exercice budgétaire précédent. Le taux de départ à la retraite du Ministère est tout de même inférieur de 1 % à celui de l'ensemble des ministères et organismes⁸.

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

ANNÉE CIVILE OU FINANCIÈRE	2013-2014	2014-2015
Cadres	2	4
Professionnels	11	12
Fonctionnaires	12	7

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

La comparaison des données portant sur les neufs premiers mois des années 2013 et 2014 permet de constater que le taux de roulement du personnel régulier connaît une légère augmentation (de 0,27 %) au Ministère.

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

ANNÉE FINANCIÈRE	2013-2014	2014-2015
Taux de départ volontaire	9,13 %	9,40 %

1. Les données concernent les neuf premiers mois de chaque année financière (portrait au 31 décembre). Les données du quatrième trimestre sont disponibles à la fin du mois de juin de chaque année (source : Secrétariat du Conseil du trésor).

8. Selon le calcul des taux de départ à la retraite par sexe tirés des données Média (Secrétariat du Conseil du trésor).

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

LE MINISTÈRE

La dépense probable pour l'année 2014-2015⁹ du Ministère, de l'Office des personnes handicapées du Québec et de la Régie de l'assurance maladie du Québec s'élève à 32 389 806 900\$. Cette dépense se répartit entre les quatre programmes détaillés ci-dessous.

Les fonctions nationales: PROGRAMME 01 **376 995 200 \$**

Le programme 01, portant sur les fonctions nationales, permet de procurer au Ministère et aux organismes-conseils les ressources et les services nécessaires pour qu'ils puissent 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 ainsi qu'à financer les activités nationales.

Les fonctions régionales: PROGRAMME 02 **22 420 698 800 \$**

Le programme 02 concerne les fonctions régionales. Il sert 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 **12 807 000 \$**

Le programme 03 se rapporte à l'Office des personnes handicapées du Québec. Il permet d'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 (RLRQ, chapitre E-20.1). 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 **9 579 305 900 \$**

Le programme 04, qui concerne la Régie de l'assurance maladie du Québec, sert à couvrir 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 Régie et peut être consultée sur son site Web : www.ramq.gouv.qc.ca.

9. Les dépenses probables présentées ici n'incluent pas celles du programme 05 (La condition des aînés) et celles du programme 06 (Le Curateur public), puisque le Secrétariat aux aînés ainsi que le Curateur public relèvent maintenant du ministre responsable de la Famille.

L'écart budgétaire par programme

Le tableau suivant présente le budget de dépenses du Ministère en 2014-2015 pour chacun des programmes ainsi qu'une comparaison entre la dépense réelle en 2013-2014 et la dépense probable pour l'exercice 2014-2015.

Dépenses et évolutions par secteur d'activité¹

SECTEUR D'ACTIVITÉ	BUDGET DE DÉPENSES 2014-2015 (000 \$)	DÉPENSES PROBABLES 2014-2015 (000 \$)	DÉPENSES RÉELLES 2013-2014 (000 \$)	ÉCARTS (000 \$)	VARIATIONS (%)
01 Fonctions nationales	381 309,9	376 995,2	363 620,7	13 374,5	3,7
02 Fonctions régionales	22 476 552,1	22 420 698,8	21 627 169,2	793 529,6	3,7
03 OPHQ	13 076,4	12 807,0	12 146,9	660,1	5,4
04 RAMQ	9 475 248,1	9 579 305,9	9 085 192,1	494 113,8	5,4
TOTAL	32 346 186,5	32 389 806,9	31 088 128,9	1 301 678,0	4,2

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

Abréviations: OPHQ: Office des personnes handicapées du Québec; RAMQ: Régie de l'assurance maladie du Québec.

La dépense réelle du Ministère se chiffrait à 31 088,1 millions de dollars pour l'exercice 2013-2014. La dépense probable pour 2014-2015 est évaluée à 32 389,8 millions de dollars; elle représente une croissance de 4,2 % par rapport à l'année précédente. L'écart entre la dépense réelle en 2013-2014 et la dépense probable en 2014-2015 est analysé sommairement en faisant ressortir les causes les plus importantes:

- Pour les fonctions nationales, la dépense probable en 2014-2015 est supérieure de 13,4 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2013-2014. Cette variation est principalement attribuable à l'augmentation des coûts du programme de l'assurance hospitalisation hors Québec et à une dépense réelle moindre en 2013-2014 pour le programme de recherche;
- Pour les fonctions régionales, la dépense probable en 2014-2015 excède de 793,5 millions de dollars la dépense réelle en 2013-2014. 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 du service de la dette, au coût de système propre à la santé, au transfert de responsabilité financière du Dossier Santé Québec (DSQ) provenant de la RAMQ vers le Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux, à l'indexation des dépenses autres que salariales ainsi qu'à l'application des mesures d'optimisation;
- Pour la RAMQ, la dépense probable en 2014-2015 augmente de 494,1 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2013-2014. 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. Mentionnons que l'augmentation tient compte du transfert de responsabilité financière du DSQ vers le Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux.

LE FONDS DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (FINESSS)¹⁰

Le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS) sert à financer 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.

Ce fonds est constitué essentiellement 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 (RLRQ, chapitre R-5).

Produits du FINESSS en 2014-2015 (en millions de dollars)

PRODUITS	PRÉVISIONS
Contribution santé progressive et hausse d'impôt des hauts revenus	1 119
Affectation d'une partie de la compensation pour l'harmonisation de la TVQ à la TPS	430
TOTAL – Produits	1 549

Charges du FINESSS en 2014-2015 (en millions de dollars)

Accès aux services de première ligne

CHARGES	PRÉVISIONS
Plan d'investissement pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées	297
Plan d'accès en déficience intellectuelle et physique	32
Groupes de médecine de famille (GMF)	115
Infirmières praticiennes spécialisées	19
Sous-total	463

Accès aux services et accroissement des volumes

CHARGES	PRÉVISIONS
Accès à la chirurgie et évolution des pratiques en chirurgie	196
Chirurgie d'un jour	47
Fonctionnement des nouvelles installations	57
Soins oncologiques	139
Dialyse	161
Sous-total	600

10. Données probables utilisées lors de la préparation du budget de dépenses 2015-2016.

Autres mesures d'accès aux services

CHARGES	PRÉVISIONS
Inhalothérapie	141
Hémodynamie	86
Électrophysiologie cardiaque interventionnelle	85
Électrophysiologie	52
Ergothérapie	93
Autres	24
Sous-total	481

Soutien à l'amélioration de la performance

CHARGES	PRÉVISIONS
Projet <i>Lean</i> et soutien à l'optimisation	5
Sous-total	5

Total des charges du FINESSS

TOTAL DES CHARGES DU FINESSS	PRÉVISION
TOTAL – Charges	1 549

3.3 Les ressources informationnelles

Le Ministère détient un double mandat en ce qui a trait aux ressources informationnelles. D'une part, il doit assurer la gestion des actifs informationnels ainsi que des infrastructures technologiques ministérielles et offrir du soutien aux utilisateurs du Ministère. 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.

LE MINISTÈRE

Dépenses et investissements, prévus et réels¹, en ressources informationnelles pour 2014-2015

DÉPENSES ET INVESTISSEMENTS EN RESSOURCES INFORMATIONNELLES	DÉPENSES ET INVESTISSEMENTS PRÉVUS (000 \$)	DÉPENSES ET INVESTISSEMENTS RÉELS (000 \$)	ÉCARTS ENTRE LA PLANIFICATION ET LE RÉEL (000 \$)
Activités d'encadrement	1 346	3 572	2 226
Activités de continuité	5 064	3 341	-1 723
Projets	5 603	1 526	-4 077
TOTAL	12 013	8 439	-3 574

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

Au cours de l'année 2014-2015, les dépenses pour les activités d'encadrement et de continuité ont été révisées, et leur répartition a été modifiée. Cette modification explique en grande partie les écarts entre la planification du début de l'année et les dépenses réelles. La diminution de 3,6 millions de dollars des dépenses et des investissements en ressources informationnelles s'explique par le resserrement des mesures budgétaires ayant pour effet de reporter la réalisation de certains projets en 2015-2016.

La gestion des ressources informationnelles propres au Ministère a donné lieu, au cours de l'année 2014-2015, à différentes actions. Citons, notamment, certaines d'entre elles qui concernent :

- le développement, l'amélioration et l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont ceux qui se rapportent :
 - à la surveillance du virus Ébola – projet complété (100 %);
 - à la surveillance du virus de la rougeole – projet complété (100 %);
- la continuité de projets amorcés avant le 1^{er} avril 2014, tels que :
 - Système information – Programme québécois d'adhésion des dossiers médicaux électroniques – Livraison 2 – avancement du projet à 75 %;
 - l'inspection des salons de bronzage, des salons funéraires et des ressources en dépendances – avancement du projet à 98 %;
 - le registre des résidences privées pour aînés – avancement du projet à 75 %;
 - le registre national des ressources pour les personnes ayant des problèmes de dépendances et de jeu pathologique – projet complété (100 %).

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.

Au cours de la période 2014-2015, le Ministère a entrepris plusieurs projets informatiques. Mentionnons le développement de deux systèmes d'information, l'un visant à assurer la surveillance du virus Ébola et l'autre, la surveillance du virus de la rougeole.

Liste et ressources affectées¹ aux principaux projets en ressources informationnelles pour 2014-2015

PROJETS	POURCENTAGE D'AVANCEMENT (%)	RESSOURCES FINANCIÈRES PRÉVUES (\$)	RESSOURCES FINANCIÈRES UTILISÉES (\$)
Migration Windows 7	50	1 760 300	498 000
Système information – Programme québécois d'adhésion des dossiers médicaux électroniques – Livraison 2	75	602 200	156 195
Regroupement des évolutions de systèmes 2014-2015 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet pilote d'inventaire des biens matériels ▪ Mouvements de personnel ▪ Registre des résidences privées pour aînés ▪ Fichier de vaccination rougeole ▪ Gestred ▪ Outil de transfert ▪ Transfert, suivi de la dette 	72	755 000	216 728
Plan de délestage Notes	53	658 000	150 856
Refonte du référentiel des établissements du RSSS (Gestion des permis)	85	375 000	271 188
Développement de projets en 2013-2014	100	185 600	63 782
Systèmes d'inspection	98	18 800	71 737
Registre des techniciens ambulanciers – phase 2	100	61 100	69 737
TOTAL	—	4 416 000	1 498 223

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

Les écarts observés entre les ressources financières prévues et celles qui ont été utilisées s'expliquent par le resserrement des mesures budgétaires ayant eu pour effet de reporter la réalisation de certains projets en 2015-2016.

Le réseau de la santé et des services sociaux

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

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.

Coûts¹ assumés par le Ministère pour les projets ressources informationnelles à l'intention du réseau²

ACTIVITÉS ET PROJETS	RESSOURCES FINANCIÈRES PRÉVUES (000 \$)	DÉPENSES ET INVESTISSEMENTS RÉELS (000 \$)
Total des activités d'encadrement	12 044	13 748
Total des activités de continuité	213 599	178 275
Total des projets	37 185	17 037
Total global des dépenses et des investissements en ressources informationnelles	262 828	209 060³

1. Les ressources financières comprennent le coût en ressources humaines.
2. Ces coûts sont principalement assumés par le Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux.
3. Le Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux est passé de 48 millions de dollars en 2013-2014 à 209 millions de dollars en 2014-2015. Cela s'explique par l'intégration de diverses enveloppes budgétaires pour les technologies de l'information en début d'année financière, comme le fonds qui assume les dépenses de télécommunication du réseau et le budget de fonctionnement des composantes du DSQ.

Les principaux écarts observés entre les ressources financières prévues et celles utilisées s'expliquent par certaines activités de projets qui ont été reportées au prochain exercice financier et d'autres par des projets prévus à la PARI qui n'ont pas été autorisés ou annulés.

Le Dossier Santé Québec

Le Dossier Santé Québec (DSQ) est un outil électronique de partage sécurisé de certains renseignements de santé permettant aux cliniciens et autres professionnels de la santé autorisés de les consulter, quel que soit le lieu où le service est fourni. La Loi concernant le partage de certains renseignements de santé prévoit que le DSQ collecte, conserve et permet la consultation de renseignements de santé dans 6 domaines : médicament, laboratoire, imagerie médicale, immunisation, allergie et intolérance, sommaire d'hospitalisation. Conformément à la planification actualisée du projet, les travaux de mise en œuvre du DSQ sont complétés à 75 %. Il est possible de suivre l'évolution de l'implantation du DSQ en consultant le site Web suivant : www.dossierdesante.gouv.qc.ca

Le branchement des sites cliniques pour l'alimentation des trois domaines (médicaments, laboratoire et imagerie médicale) s'est poursuivi tout au long de l'année 2014-2015. Au 31 mars 2015 :

- 1 515 des 1 859 pharmacies communautaires du Québec alimentaient le domaine Médicament, permettant à 5,9 millions de Québécois d'avoir un profil médicament au DSQ ;

- 96 des 126 laboratoires d'établissements publics alimentaient le domaine Laboratoire, ce qui représente près de 91 % de l'ensemble des tests de laboratoire effectués dans les sites publics du Québec ;
- 90 des 155 sites d'établissements publics rendent les examens d'imagerie médicale accessibles pour consultation dans le DSQ. Cela représente 60 % de l'ensemble des examens faits dans les centres de radiologie publics du Québec.

En 2014-2015, les cliniciens ont consulté en plus grand nombre et plus fréquemment les renseignements de santé disponibles aux domaines médicament, laboratoire et imagerie médicale. Le déploiement du DSQ dans les régions aux fins de la consultation a été conforme à la planification. En plus des pharmacies communautaires branchées au DSQ, 1 886 autres sites cliniques (cliniques médicales, GMF, unités de médecine familiale, urgences et CLSC, notamment) sur 2 551 (74 %) permettaient la consultation du DSQ. Cela représente, au 31 mars 2015, 33 217 dispositifs actifs d'accès au DSQ remis à des cliniciens autorisés sur une cible convenue avec Inforoute Santé du Canada de 35 756 ; la proportion atteint ici 93 %.

En ce qui concerne le domaine immunisation, le déploiement du registre de vaccination a débuté en juin 2014 et il se poursuit, en 2015-2016, conformément à la planification du Ministère. Ce registre tient compte de la dernière version du Protocole d'immunisation du Québec.

Les dépenses totales pour le Dossier Santé Québec

Au 31 mars 2015, les dépenses totales pour le DSQ s'établissaient à 492 millions de dollars, par rapport à des investissements prévus, au terme du projet, de 562,6 millions. Le tableau suivant présente la répartition révisée en 2014-2015 du budget du projet, la contribution attendue d'Inforoute Santé du Canada, celle du gouvernement du Québec ainsi que le montant des dépenses réelles au 31 mars 2015.

Dossier Santé Québec: contour financier et dépenses

PROJETS LIÉS AU DSQ	PROPRIÉTAIRES	CONTOUR FINANCIER DU BUDGET 2014-2015 REVISÉ (000 \$)	CONTRIBUTION ATTENDUE D'ISC (000 \$)	CONTRIBUTION DU QUÉBEC (000 \$)	DÉPENSES AU 31 MARS 2015 (000 \$)
Couche d'accès à l'information de santé, incluant les adaptations à l'Infrastructure à clé publique	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	115,6	71,9	43,7	96,3
Index patient maître	ASSS	22,1	10,0	12,1	22,1
SécurSanté (initialement appelé Infrastructure à clé publique)	RAMQ	22,5	—	22,5	22,5
Médicaments	RAMQ	46,8	40,1	6,7	37,6
Registres des intervenants et des usagers	RAMQ	22,1	10,0	12,1	22,1
Réseau de services intégrés aux personnes âgées	ASSS Mtl	2,0	2,0	0,0	2,0
Santé publique (Panorama)	INSPQ	23,6	17,1	6,5	23,6
Télesanté	ASSS Qc	44,0	21,0	23,0	34,4
Visualiseur du dossier de santé électronique (DSE), DSE et Laboratoires	ASSS Mtl	111,5	91,3	20,1	101,1
Coûts des activités communes					
▪ Intérêts		19,3	—	19,4	9,9
▪ Administration		19,9	—	19,9	19,9
▪ Architecture, gestion de projets et gestion du changement		21,5	13,3	8,2	21,1
▪ Mise en œuvre et déploiement régional et Réseau de soutien et de valorisation par les pairs		54,1	3,2	50,9	45,8
▪ Évaluation des bénéfices		4,9	2,5	2,4	0,9
TOTAL		562,6	304,6	258,0	492,0

Abréviations: ASSS: agence de la santé et des services sociaux; C.-N.: Capitale-Nationale; DES: dossier de santé électronique; DSQ: Dossier Santé Québec; INSPQ: Institut national de santé publique du Québec; ISC: Inforoute Santé du Canada; Mtl: Montréal; RAMQ: Régie de l'assurance maladie du Québec.

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 ▪ Une section portant sur l'accessibilité du Web se trouve sur l'intranet ministériel
Liste des obstacles et des situations particulières	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courts délais pour la réalisation/courte durée de vie des documents ▪ Documents spécialisés (diffusion restreinte) ▪ Utilisation d'outils ne répondant pas aux standards
Ressources mises à contribution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédacteurs de contenus du Ministère ▪ Équipe de graphistes 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	Oui
Élaboration d'un plan action	Oui Rédaction en cours d'un plan d'action qui prend en compte la refonte entamée
Démarche de sensibilisation et de formation	Oui Information disponible sur l'intranet ministériel Offre d'accompagnement par la Direction des communications
Existence d'un cadre de gouvernance	Oui Directives ministérielles écrites dans la section de l'intranet ministériel portant sur l'accessibilité du Web

L'APPLICATION DES EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES

4.1 L'accès à l'égalité en emploi

Données globales

L'année 2014-2015 a été marquée par une diminution de l'embauche au Ministère. L'embauche totale de la dernière année s'élève à 121 nouveaux employés, dont 35 réguliers, contre 226 embauches totales l'an dernier. Il faut attribuer cette diminution au gel de l'embauche imposé, depuis le 24 avril 2014, aux ministères et organismes dont le personnel est assujéti à la Loi sur la fonction publique (RLRQ, chapitre F-3.1.1) dans le cadre des mesures administratives en matière de contrôle des dépenses.

Embauche totale au cours de la période 2014-2015

PERSONNES EMBAUCHÉES	RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE
Total de personnes embauchées	35	32	38	16
Nombre d'employés réguliers ¹¹ en place au 31 mars 2015			917	

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 son personnel. En 2014-2015, il a recruté 13 membres de groupes cibles, ce qui correspond à 11 % de l'embauche incluant tous les statuts d'emploi. L'écart entre les résultats de l'année 2014-2015 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 puisque les effectifs ministériels sont concentrés à Québec.

11. Les employés en poste occasionnel, étudiant et stagiaire ne sont pas inclus dans ce résultat.

Taux d'embauche des membres des groupes cibles en 2014-2015

STATUTS D'EMPLOI	EMBAUCHE TOTALE 2014-2015	COMMUNAUTÉS CULTURELLES	ANGLOPHONES	AUTOCHTONES	PERSONNES HANDICAPÉES	TOTAL	TAUX D'EMBAUCHE PAR STATUT D'EMPLOI
Régulier	35	4	0	0	1	5	14 %
Occasionnel	32	1	0	0	1	2	6 %
Étudiant	38	1	1	0	1	3	8 %
Stagiaire	16	3	0	0	0	3	19 %

Au 31 mars 2015, l'effectif régulier du Ministère comprenait 8 % de membres de communautés culturelles et 1 % de personnes handicapées. Ces résultats se rapprochent des taux de représentativité visés par le gouvernement, soit 9 % pour les membres de communautés culturelles et 2 % pour les personnes handicapées.

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

ANNÉE	RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE
2012-2013	7 %	11 %	20 %	17 %
2013-2014	15 %	14 %	13 %	22 %
2014-2015	14 %	6 %	8 %	19 %

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 2015	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL EN 2015	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
Communautés culturelles	71	8 %	73	8 %	56	6 %
Autochtones	4	0,4 %	4	0,4 %	4	0,4 %
Anglophones	6	1 %	7	1 %	6	1 %
Personnes handicapées	9	1 %	9	1 %	10	1 %

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, résultats par catégorie d'emplois au 31 mars 2015

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	45	9	18	10	8	7	0	0	0	0	71	8
Autochtones	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0,4
Anglophones	1	1	2	0	3	2	0	0	0	0	0	0	6	1
Personnes handicapées	0	0	7	1	1	1	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 2015, les femmes représentaient 72 % des nouvelles embauches du Ministère, dont 71 % de l'effectif régulier embauché en 2014-2015.

Taux d'embauche des femmes en 2014-2015 par statut d'emploi

NOMBRE	PERSONNEL RÉGULIER	PERSONNEL OCCASIONNEL	PERSONNEL ÉTUDIANT	PERSONNEL STAGIAIRE	TOTAL
Nombre de femmes embauchées	25	24	27	11	87
Pourcentage par rapport au nombre total de personnes embauchées en 2014-2015	71 %	75 %	71 %	69 %	72 %

Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2015

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	107	519	180	111	0	0	917
Nombre de femmes ayant le statut d'employée régulière	55	308	108	103	0	0	574
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	51 %	59 %	60 %	93 %	0 %	0 %	63 %

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

Le Ministère est soucieux de se doter 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 dans la liste de déclaration d'aptitudes. Comme par les années passées, il fait 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, deux projets ont été présentés au Centre de services partagés du Québec; le Ministère est en attente de la décision.

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 2012 (COHORTE 2013)	AUTOMNE 2013 (COHORTE 2014)	AUTOMNE 2014 (COHORTE 2015)
1 projet	0	2 projets

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 2012 (COHORTE 2013)	AUTOMNE 2013 (COHORTE 2014)	AUTOMNE 2014 (COHORTE 2015)
0	0	0

Autres mesures ou actions en 2014-2015 (activités de formation à l'intention des gestionnaires, activités de sensibilisation, etc.)

MESURES OU ACTIONS	GROUPE CIBLE VISÉ	NOMBRE DE PERSONNES VISÉES
Aucune	—	—

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 mesures du Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015. Les principaux résultats obtenus en 2014-2015 relativement à leur mise en œuvre sont les suivants :

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

En 2014-2015, le Ministère a notamment participé à la réalisation de seize actions dont il est responsable ou coresponsable dans le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée.

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

Depuis février 2015, les femmes de 30 ans et plus qui reçoivent un résultat de cytologie anormale ont accès à un test de détection du virus du papillome humain.

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 CSSS de la Montagne a présenté au Ministère, en 2014-2015, le projet d'un module de formation portant sur l'infibulation et l'excision, conformément au mandat qui lui a été confié.

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 a été ajouté au réseau en 2014-2015. L'implantation des services de sage-femme se fait progressivement, selon la réalisation des projets, les contraintes budgétaires et la main-d'œuvre disponible.

Action 69 Diminuer le recours aux interventions obstétricales non médicalement requises

Le tronc commun national d'information prénatale, présenté sous forme d'un portail d'information, a été officiellement lancé en juin 2014. Il permet d'outiller l'ensemble des intervenants qui rencontrent des femmes ou des couples qui attendent un enfant et d'uniformiser les messages qui leur sont transmis.

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, 51, 65, 67, 68, 70 et 76 ne sont pas présentés, soit parce que les données pour l'année 2014-2015 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 précédentes.

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL EN MATIÈRE D'ANALYSE DIFFÉRENCIÉE SELON LES SEXES 2011-2015

Les principaux résultats ci-après sont obtenus par le Ministère dans le cadre de la mise en œuvre 2014-2015 de ses mesures dans le Plan d'action gouvernemental en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015 :

Action 22 **Rendre accessibles les principaux indicateurs nationaux et régionaux sur l'état de santé et de bien-être des femmes et des hommes en fonction des déterminants majeurs qui influent sur cet état**

Au total, 49 fiches portant sur des indicateurs régionaux ont été mises en ligne en juin 2014. Elles s'ajoutent aux données nationales du site « Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe » et nous permettent d'avoir une meilleure connaissance des caractéristiques ainsi que des déterminants de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et Québécois.

Action 23 **Poursuivre l'intégration de l'analyse différenciée selon les sexes à des actions ciblées lors de la mise en œuvre du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013**

Les spécificités des femmes et des hommes sont mises en exergue dans le premier Portrait de l'itinérance au Québec, rendu public le 5 décembre 2014. Le Ministère a lancé dans la foulée, le 7 décembre 2014, le nouveau Plan d'action interministériel 2015-2020. Ce dernier intègre également l'analyse différenciée selon les sexes.

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

Les résultats pour les actions 10, 21, 24, 25, 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 précédentes.

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

Au cours de l'année 2014-2015, le Ministère a reçu 406 demandes d'accès formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1) : 324 demandes concernaient l'obtention de documents administratifs (80 %) et les 82 autres portaient sur l'accès à des renseignements personnels (20 %).

Demandes d'accès à l'information

ANNÉES FINANCIÈRES	NOMBRE DE DEMANDES
2012-2013	390
2013-2014	330
2014-2015	406

Parmi les demandes reçues en 2014-2015, 232 se sont conclues par un accès total ou partiel à l'information et 85 se sont soldées par un refus de communication, notamment en application des articles 18, 20, 27, 33, 34, 37, 39, 53 et 54 de la Loi. Les autres demandes concernaient des documents que le Ministère ne détenait pas ou qui relevaient de la compétence d'un autre organisme public. Le délai de réponse a été de 20 jours ou moins dans 75 % des cas et 8 recours en révision des décisions rendues sont en cours auprès de la Commission d'accès à l'information.

Demandes ayant obtenu une réponse du Ministère

TYPES DE DEMANDE	2013-2014	2014-2015
Renseignements généraux et avis concernant l'accès à l'information ou la protection des renseignements personnels	395	384
Registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès)	390	397
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés aux fins de recherche, d'étude ou de statistique	47	21

Le Ministère répond également aux demandes d'accès qui lui sont adressées, en vertu de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (RLRQ, chapitre P-9.0001). En 2014-2015, 225 demandes pour obtenir des renseignements de santé contenus dans le Dossier Santé Québec (DSQ) et 145 demandes faites par des personnes voulant savoir qui a consulté ou alimenté leur DSQ ont été traitées. Le Ministère a répondu positivement à la totalité de ces requêtes. Le délai de réponse est de 20 jours pour obtenir les renseignements de santé et de 45 jours pour savoir qui a consulté ou alimenté le DSQ.

De plus, le Ministère a répondu à 1 290 demandes soumises par des citoyens qui souhaitent obtenir leur fiche vaccinale, après la mise en service progressive du Registre de vaccination du Québec. Ces demandes sont traitées en moins de 20 jours et font l'objet d'un accès total, à moins que le registre ne contienne aucun résultat.

En 2014-2015, 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 (RLRQ, chapitre A-2.1, règlement 2).

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

Le Ministère a poursuivi la mise à jour de sa politique linguistique ministérielle en tenant compte des répercussions de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2). Ainsi, la Direction des communications a travaillé en étroite collaboration avec la Direction des affaires juridiques pour adapter la politique ministérielle à la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration, en fonction de la mission du Ministère et des enjeux propres à la nouvelle réalité du réseau de la santé et des services sociaux.

Au cours de l'exercice financier 2014-2015, le Ministère n'a reçu aucune plainte de l'Office québécois de la langue française. La Direction des communications a traité 33 demandes d'avis ou de traduction anglaise qui concernaient des documents ou du contenu Web, et ce, conformément à sa politique linguistique ministérielle. L'ensemble des communications et des activités du personnel du Ministère se sont déroulées 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 des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) a été instituée en 2005, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Elle a comme responsabilités 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. Cette table doit également assurer la concertation entre les quatre RUIS et consulter les différents partenaires du domaine de la santé et des services sociaux.

Au cours de l'année 2014-2015, les membres de l'exécutif de cette table se sont réunis à quatre reprises. Leurs travaux ont permis de contribuer à la cohérence des actions entre les domaines clinique et académique. Plus particulièrement, les principaux travaux menés par la table, au cours de la dernière année, ont porté sur les dossiers suivants :

- la réflexion stratégique sur les enjeux des RUIS après dix ans d'existence ;
- le positionnement des RUIS dans le contexte de la récente réforme du réseau après l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2) ;
- les projets spéciaux qui impliquent les RUIS et qui concernaient :
 - la télésanté, sous l'angle de la révision de la gouvernance des soins fournis à distance au moyen des technologies permettant notamment des consultations, la surveillance et le suivi clinique à distance.
 - le projet Optilab, qui vise la réorganisation des laboratoires d'analyses biomédicales au Québec afin d'offrir des services de qualité optimale au regard de la sécurité, de la pertinence, de l'accessibilité, de l'efficacité et de l'efficience.
 - les groupes de médecine de famille (GMF) et les unités de médecine familiale, dans l'optique de l'élaboration d'un nouveau cadre de gestion fixant certains jalons pour l'amélioration des services.
 - les comités d'éthique et les projets de recherche multicentriques, au regard de nouvelles dispositions qui s'appliqueront aux projets liant plusieurs établissements du réseau de la santé.
 - la pédiatrie, et plus particulièrement son organisation médicale sur tout le territoire du Québec.

- les soins palliatifs et les soins de fin de vie, avec des répercussions du projet de loi n° 52 telles qu’une politique ministérielle, un plan d’action et une formation – à l’intention des intervenants – sur la question.

De cette table relèvent les RUIS ainsi que les tables nationales sectorielles RUIS, qui regroupent des experts du domaine.

Au cours de l’année, six de ces tables nationales sectorielles ont exercé leurs activités: mère-enfant (obstétrique, pédiatrie, néonatalogie), soins infirmiers, évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé et services sociaux, génétique, gestion de la douleur chronique, vieillissement.

Voici quelques-unes de leurs réalisations :

Table sectorielle mère-enfant

- Proposition au Ministère sur l’organisation médicale des services de santé en pédiatrie au Québec ;
- Réflexion en cours sur l’organisation des services de santé en obstétrique.

Table sectorielle des RUIS en soins infirmiers

- Dépôt d’un avis sur la gouvernance en soins infirmiers dans le but d’améliorer la prestation de soins de qualité et sécuritaires ;
- Préparation d’un avis sur la pratique avancée en soins infirmiers dans l’optique d’améliorer l’accès aux soins et aux services.

Table sectorielle des RUIS en évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé et services sociaux

- Travaux visant à étudier la possibilité d’utiliser les systèmes d’information existants dans le réseau de la santé et des services sociaux pour faciliter l’évaluation de certaines technologies innovantes.

Table sectorielle des RUIS en génétique

- Recommandation au Ministère concernant le rapatriement des analyses envoyées à l’extérieur du Québec ;
- Recommandation au Ministère sur la place que doivent occuper les laboratoires de génétique afin de maintenir un réseau public de très haute qualité.

La Table sectorielle inter-RUIS en gestion de la douleur chronique

- Élaboration d’algorithmes illustrant la prise en charge de la douleur chronique ;
- Définition des responsabilités qui incombent à la première, à la deuxième et à la troisième ligne pour la prise en charge de la douleur chronique par le réseau.

4.6 La Politique de financement des services publics

Le Ministère fixe plusieurs tarifs pour des biens et des services qu'il rend lui-même ou qui sont rendus par 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. Quant à la RAMQ, elle 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 les coûts estimés totaux

REVENUS ESTIMÉS TOTAUX POUR 2014-2015	COÛTS ESTIMÉS TOTAUX POUR 2014-2015
13,20 M\$	12,02 M\$

Les revenus et les coûts estimés détaillés

La vente de permis

REVENUS ESTIMÉS POUR 2014-2015	COÛTS ESTIMÉS POUR 2014-2015
1,93 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.

L'assurance hospitalisation pour les étrangers

REVENUS ESTIMÉS POUR 2014-2015	COÛTS ESTIMÉS POUR 2014-2015
0,28 M\$	0,28 M\$

La RAMQ administre le programme d'assurance hospitalisation pour les ressortissants étrangers à prime. Ce programme permet aux personnes admissibles de bénéficier des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28) et de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29), 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 personnes visées. Ces primes sont fixées selon les évaluations actuarielles faites annuellement par la RAMQ.

Le recouvrement de la tierce responsabilité

REVENUS ESTIMÉS POUR 2014-2015	COÛTS ESTIMÉS POUR 2014-2015
10,99 M\$	10,99 M\$

La RAMQ recouvre les coûts des services de santé et des services sociaux auprès des tiers responsables visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) ainsi que par la Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28). 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.

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 les coûts estimés totaux

REVENUS ESTIMÉS TOTAUX POUR 2014-2015	COÛTS ESTIMÉS TOTAUX POUR 2014-2015
1 589,2 M\$	4 702,7 M\$

Les revenus et les coûts estimés détaillés

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

REVENUS ESTIMÉS POUR 2014-2015	COÛTS ESTIMÉS POUR 2014-2015
831,0 M\$	4 226,5 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 par le gouvernement à un adulte 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 sont quant à eux gratuits pour tous les citoyens 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, dans un centre de réadaptation ou dans 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.

Tous ces tarifs sont consultables sur le site Web du Ministère. Ils sont recalculés ou indexés annuellement en fonction de l'indice des rentes.

Les suppléments de chambres

REVENUS ESTIMÉS POUR 2014-2015	COÛTS ESTIMÉS POUR 2014-2015
56,0 M\$	Sans objet

En vertu des articles 7 à 13 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28, règlement 1), 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.

Les tierces responsabilités

REVENUS ESTIMÉS POUR 2014-2015	COÛTS ESTIMÉS POUR 2014-2015
226,0 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 qu'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 qui ne sont pas médicalement requis ;
- les services fournis à un résident d'une autre province canadienne ;
- les services fournis à un non-résident du Canada ;
- lorsque le coût des services est assumé par un autre organisme en vertu d'une loi du Québec ou du Canada¹².

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

Dans ce dernier cas, les établissements du réseau facturent le tiers responsable du paiement des coûts relatifs aux soins de santé et aux services sociaux fournis aux personnes visées¹³.

Les tarifs utilisés sont les prix de journée affichés dans chacun des établissements du réseau et les tarifs des services rendus en externe ; ils sont tous 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.

Les activités accessoires

REVENUS ESTIMÉS POUR 2014-2015	COÛTS ESTIMÉS POUR 2014-2015
476,2 M\$	476,2 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 1 167,8 millions de dollars pour l'année 2014-2015. 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 présentés 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.

LE 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 (RLRQ, chapitre S-6.2). Ils sont consultables sur le site Web du Ministère. Les revenus en découlant sont perçus par les différentes entreprises qui offrent des services de transport ambulancier au Québec. Soulignons que les tarifs n'ont pas été révisés depuis 1997. Les estimations de 2014-2015 n'étant pas disponibles, les données de 2013-2014 sont présentées ici. Il faut souligner que les particuliers contribuent à hauteur de 26 M\$ sur l'ensemble des coûts.

Les revenus et les coûts totaux

REVENUS EN 2013-2014	COÛTS EN 2013-2014
106,0 M\$	582,0 M\$

13. 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 revenus et les coûts détaillés

Revenus de tarification 2013-2014

SOURCES DE FINANCEMENT	MONTANTS
Établissements du réseau (transport inter établissements)	64,0 M\$
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (pour les prestataires de la sécurité du revenu)	10,0 M\$
Société de l'assurance automobile du Québec	5,0 M\$
Autres (organismes fédéraux)	1,0 M\$
Particuliers	26,0 M\$
Sous-total – Revenus de tarification	106,0 M\$

Coûts en 2013-2014

SOURCES DE FINANCEMENT	MONTANTS
Revenus de tarification	106,0 M\$
Ministère de la Santé et des Services sociaux (subvention)	476,0 M\$
TOTAL	582,0 M\$

4.7 La gestion et le contrôle des effectifs ainsi que les renseignements relatifs aux contrats de services

CONTRATS DE SERVICES

Au cours de l'année 2014-2015, 20 contrats de services, au total, ont entraîné une dépense de 25 000 \$ et plus. Cinq de ces contrats ont été passés avec une personne physique; ils ont représenté 14,2 % des sommes totales dépensées pour les contrats de services de plus de 25 000 \$. Les quinze autres contrats de services ont été signés avec des contractants autres qu'une personne physique et ils représentaient 85,8 % des sommes octroyées pour les contrats de services de plus de 25 000 \$.

Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique ¹	5	360 850,00 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	15	2 180 778,50 \$
Total des contrats de services	20	2 541 628,50 \$

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

2. Inclut les personnes morales de droit privé ainsi que les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Le Conseil du trésor a fixé, pour l'exercice financier 2014-2015, la cible de 975 ETC¹⁴ pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être et le Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux. Le tableau ci-dessous montre que le Ministère a respecté cette cible.

Répartition de l'effectif pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015

CONTRATS DE SERVICES CATÉGORIE	ETC ¹	NOMBRE D'EMPLOYÉS
1. Personnel d'encadrement	109,1	108
2. Personnel professionnel	513,5	540
3. Personnel infirmier	0	0
4. Personnel enseignant	0	0
5. Personnel de bureau technicien et assimilé	317,6	326
6. Agents de la paix	0	0
7. Ouvriers, personnel d'entretien et de services	1	1
8. Sous-total Étudiants et stagiaires	Non disponible	24
TOTAL	941,2	974

1. Source: Direction des études quantitatives et de l'information de gestion, Secrétariat du Conseil du trésor.

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

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

Le comité de travail formé de représentants des trois centres jeunesse vérifiés, de l'Association des centres jeunesse du Québec et du Ministère s'est réuni à cinq reprises au cours de 2014-2015 afin de poursuivre les travaux visant la mesure de l'intensité des services rendus aux jeunes et à leur famille dans les centres jeunesse. Ses travaux ont permis d'uniformiser les pratiques entre les établissements et, de ce fait, d'améliorer la fiabilité des données.

Quant aux travaux visant la définition des indicateurs retenus par le Comité indicateurs-programme Jeunes en difficulté, ils ont été ralentis par la priorisation des travaux portant sur l'utilisation de la banque de données communes. Grâce à cette banque, les agences, les centres jeunesse et le Ministère ont maintenant accès à un grand nombre de rapports présentant les résultats à l'égard des jeunes suivis par la protection de la jeunesse. Les travaux sur les nouveaux indicateurs devraient toutefois se poursuivre au cours des prochains mois. Le suivi des résultats relatifs à ces indicateurs permettra au Ministère de préciser des standards qui favoriseront une gestion économique et efficiente des ressources par les centres jeunesse, comme l'a recommandé le Vérificateur général du Québec (VGQ).

14. Selon la décision du CT 214068 du 28 janvier 2015.

Le comité composé de directeurs de la protection de la jeunesse, de directeurs de centres jeunesse et d'un représentant de l'Association des centres jeunesse du Québec ayant pour mandat de réviser les différents standards relatifs aux services concernant la protection de la jeunesse a déposé son rapport à l'automne 2014. Ces standards révisés seront intégrés dans la prochaine offre de services qui seront offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille.

Afin de répondre à la recommandation du VGQ sur le fait que la mesure de l'intensité des services rendus aux jeunes hébergés en famille d'accueil doit favoriser l'équité et l'économie, le Ministère a adopté, en 2012, le Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial (RLRQ, chapitre S-4.2, règlement 3.1). En outre, la mise en place de mesures visant à assurer l'homogénéité de cet instrument de mesure (intensité des services) a permis de répondre aux recommandations du VGQ.

Quant au mode d'allocation des ressources, le Ministère privilégie la correction des écarts au moment d'attribuer les budgets de développement. En 2014-2015, l'écart du programme Jeunes en difficulté est de 20,2 millions de dollars, soit de 1,9 % par rapport à la dépense de référence.

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

Le branchement des pharmacies communautaires, des laboratoires publics de biologie et des laboratoires publics d'imagerie médicale pour l'alimentation du Dossier Santé Québec (DSQ) a continué de progresser en 2014-2015. Le déploiement de la capacité de consultation des renseignements du DSQ par les intervenants des établissements publics, des GMF, des cliniques médicales et des autres sites cliniques s'est également amélioré.

À cet effet, le Ministère a renforcé le suivi et la reddition de compte concernant les objectifs du déploiement du DSQ auprès des organisations susmentionnées et de leurs fournisseurs dans toutes les régions du Québec. Il a aussi ajouté à son tableau de bord portant sur le déploiement du DSQ des indicateurs permettant le suivi de l'utilisation réelle du DSQ par type d'utilisateurs potentiels. Un plus grand nombre de cliniciens consultent le DSQ, ce qui profite aux patients.

En outre, en octobre 2014, le Ministère a informé les propriétaires des pharmacies communautaires qui n'étaient alors pas encore branchées au DSQ de son intention de rendre obligatoire ce branchement à compter du 30 septembre 2015. Il a fait un premier rappel de cette intention en mars 2015. Le Ministère a aussi planifié étendre l'obligation de branchement aux autres organisations concernées par les domaines Laboratoire et Imagerie médicale.

La gouvernance du DSQ demeure sous l'autorité du Ministère. Les responsabilités de gestion opérationnelle du DSQ et de soutien à ses utilisateurs sont par contre graduellement confiées à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

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 vise à systématiser la fonction d'évaluation de la performance au sein du Ministère et du réseau. Les groupes de travail chargés de sélectionner les indicateurs de performance ont poursuivi leurs travaux dans les domaines suivants : réseaux locaux de services, maintenant regroupés en réseaux territoriaux de services ; déficience physique ; jeunes en difficulté ; soins palliatifs et de fin de vie ; chirurgie ; oncologie. Ce dernier a présenté son rapport final à la direction du Ministère le 9 mars 2015. Un tableau de bord sur les réseaux de services locaux et territoriaux est aussi en préparation ; il permettra d'assurer le suivi des indicateurs retenus, que ce soit au niveau national, régional ou local.

En ce qui concerne l'accès aux données, la banque de données communes sur les urgences est déployée et fonctionnelle depuis 2014. Elle contient des renseignements sur les épisodes de soins et les services prodigués à une personne inscrite à l'urgence d'un établissement du Québec. Les premières données exploitables sont celles de l'exercice 2014-2015.

De plus, le Ministère et la RAMQ ont collaboré à différents projets d'ententes visant la communication de renseignements nécessaires à l'appréciation et à l'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux. Une entente portant sur la rémunération des médecins a été signée en janvier 2015 alors que celles qui traitent des services pharmaceutiques et des médicaments ou des grands utilisateurs de soins de santé de courte durée sont en préparation. Les renseignements transmis grâce à ces ententes permettront la définition et la diffusion d'indicateurs de performance à différentes échelles : nationale, régionale, réseau territorial de services, réseau local de services, établissement et installation.

Enfin, le Ministère a poursuivi sa collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé en vue de diffuser des informations comparatives sur la performance du réseau de santé québécois à l'échelle nationale, à l'échelle régionale ou à l'échelle locale, qui correspond aux établissements. Le Ministère a d'ailleurs signé avec cet Institut une nouvelle entente de services couvrant la période 2014-2018.

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

Durant l'année 2014-2015, le Groupe de travail sur les services alimentaires a continué ses activités en tenant trois réunions. Pendant ces rencontres, il a poursuivi ses travaux qui portent sur la définition et la diffusion des principes directeurs relatifs à la productivité des services alimentaires. Des recommandations ont été émises par le groupe de travail et la rédaction d'un rapport est en cours.

En ce qui concerne les indicateurs de suivi, la démarche visant à modifier l'indicateur de productivité actuellement utilisé (coût unitaire par repas) pour passer au « coût par jour-repas » suit son cours. Un projet d'état de situation a été élaboré, lequel nous permettra de savoir où en est cette démarche, et une proposition de méthode de calcul de cet indicateur ajusté a été définie. La Table régionale sur les services alimentaires de la Capitale-Nationale a quant à elle accepté de collaborer à l'avancement de ce dossier et a transmis un plan d'action au Ministère en février 2015.

Une page Web sur les services alimentaires a été créée sur le site intranet du Ministère. On y propose diverses rubriques regroupant des documents, des liens utiles et d'autres outils qui appuient les intervenants des services alimentaires dans leurs activités.

En ce qui concerne le soutien financier à l'amélioration des services alimentaires et de nutrition clinique, une aide financière de près de 5 000 \$ a été accordée à l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Cette aide lui permettra de mener une étude visant à évaluer une technologie de déshydratation thermique au CSSS du Nord de Lanaudière.

Enfin, le rapport présentant les résultats du sondage sur les pratiques des services alimentaires et de nutrition clinique effectué en 2013 a été transmis aux établissements.

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

Conformément à l'approche normalisée convenue dans le cadre de la démarche concernant la résorption du déficit de maintien d'actifs, les travaux relatifs à l'élaboration du répertoire des travaux et des coûts standardisés se sont poursuivis en 2014. Ce répertoire se veut la base commune pour l'évaluation de l'état physique des bâtiments du réseau.

L'applicabilité de ce répertoire a été validée à l'automne 2014 auprès d'un certain nombre d'établissements disposant d'un plan directeur sur le maintien d'actifs relativement récent. Cette validation a fait ressortir la nécessité d'améliorer le répertoire de manière à couvrir plus largement les problèmes qui affectent les bâtiments. Les groupes de travail formés dans ces établissements se sont réunis à plusieurs reprises à compter du mois de janvier 2015.

Parallèlement à la révision du répertoire, un devis normalisé d'appel d'offres a été conçu aux fins de l'inspection technique des bâtiments du réseau. Il donne des précisions, notamment, sur le mandat et les objectifs spécifiques s'y rattachant ainsi que sur la méthode définie pour la réalisation du mandat. Ce devis normalisé fait partie intégrante des documents d'appel d'offres relatifs à l'inspection technique des bâtiments du réseau et s'applique, à cet égard, à tout établissement du réseau.

L'élaboration de tous ces documents normatifs permet de procéder à l'inspection technique des bâtiments du réseau, dont l'objectif a été fixé à 30 % des superficies des bâtiments en 2015-2016 selon le calendrier établi.

D'autres travaux ont également été réalisés au cours de la dernière année dans le cadre du présent dossier. Ils visaient, entre autres :

- l'élaboration du cadre de gestion des infrastructures des établissements ;
- la révision des coûts unitaires de construction des bâtiments non résidentiels en vue d'évaluer la juste valeur de remplacement du parc immobilier ;
- l'implantation des nouvelles fonctionnalités dans le système Actifs+ Réseau.

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

Le Ministère poursuit actuellement des travaux d'élaboration d'orientations pour, entre autres, améliorer les soins et les services destinés aux personnes âgées hébergées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). L'envoi progressif d'avis ministériels s'est poursuivi en mai 2014, avec la diffusion d'un avis sur la présence infirmière dans ces centres. Cet avis demande aux établissements

de faire en sorte que du personnel infirmier soit continuellement présent, c'est-à-dire sur les trois quarts de travail, dans chaque installation assumant la mission d'un CHSLD afin d'assurer la prestation de services sécuritaires et de qualité. Les travaux concernant la définition d'orientations nationales se poursuivront au cours de la prochaine année.

Le déploiement de la solution informatique relative au réseau de soins intégrés aux personnes âgées a été complété au cours de l'année dans les CHSLD publics, intra et hors CSSS; cela permet, notamment, l'utilisation d'un système unique pour l'évaluation des besoins de la clientèle hébergée. Le Ministère s'est assuré que ce système soit également utilisé pour améliorer la planification et la prestation des soins et services. En effet, dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité 2014-2015, une attente a été formulée expressément à l'égard de l'évaluation des besoins de tous les usagers hébergés dans les lits permanents des CHSLD publics en CSSS et hors CSSS.

Des travaux importants ont été menés au cours de l'année pour colliger de l'information sur le parcours de soins et services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans une perspective de mise en commun des principaux constats et des bonnes pratiques. Le contenu relatif au volet « hébergement » du portrait national a été déposé en novembre 2014 au Comité de coordination des services sociaux.

Par ailleurs, le Cadre de référence sur les ressources intermédiaires et les ressources de type familial a été publié le 15 avril 2014. Il tient compte du nouveau cadre de relation entre l'établissement, la ressource et l'agence, institué par la 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). Cette mesure structurante pour le réseau contribue à mieux encadrer le développement de places dans ces ressources.

Enfin, l'une des préoccupations du VGQ touchait l'ensemble des mesures de contrôle de la qualité permettant une surveillance suffisante et adéquate des ressources d'hébergement. L'ensemble de la démarche suivie pour l'évaluation de la qualité dans les CHSLD a été entièrement révisée. Le premier cycle des visites s'échelonne sur deux ans, soit du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2015. Tous les CHSLD devaient avoir été visités et évalués avec les nouveaux outils. Cet objectif a été atteint au cours de l'année 2014-2015. Ainsi, 412 CHSLD ont été visités et les plans d'amélioration exigés ont été produits. Le suivi des plans d'amélioration effectué après les visites a permis d'observer une réelle amélioration de la qualité du milieu de vie des aînés hébergés dans les CHSLD.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (2013-2014, PRINTEMPS 2013)

Le Ministère a déposé, en 2013-2014, un plan d'action en réponse aux recommandations du VGQ portant sur la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement. Depuis, plusieurs de ces actions ont complétées et en cours de réalisation, et d'autres mesures de suivi s'effectuent en continu.

Le Ministère poursuit la mise en œuvre et le suivi du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, qui date de 2008, notamment par une reddition de compte annuelle intégrée dans les ententes de gestion depuis 2014-2015. Par ce suivi, le Ministère s'assure de l'implantation des standards d'accès, de continuité et des mécanismes prévus aux niveaux local et régional. Le dernier bilan annuel

d'avancement de l'implantation du plan d'accès (2013-2014) illustre une progression des résultats obtenus en matière d'accès et de continuité des services. Le Ministère réalise actuellement le même exercice pour l'année 2014-2015.

En 2014-2015, un comité de travail a été mis sur pied pour harmoniser et d'améliorer la méthode de calcul des temps d'attente précédant l'accès à un premier service, et ce, pour l'ensemble des programmes-services. Des indicateurs ont été mis en application, lesquels permettent d'analyser l'intensité des services offerts ainsi que les écarts entre les régions, notamment au regard du nombre d'enfants ayant un trouble envahissant du développement (maintenant appelé trouble du spectre de l'autisme) qui reçoivent des services d'intervention comportementale intensive et du nombre moyen d'heures de services offerts.

En mai 2014, une circulaire administrative portant sur le transfert intra et interrégional des personnes ayant une déficience a été diffusée. Elle détermine les modalités pour assurer la continuité des services à l'occasion d'un déplacement temporaire ou d'un déménagement d'un territoire.

Les travaux sur le bilan des orientations en déficience intellectuelle sont terminés. Les actions structurantes et les actions prioritaires définies comme telles dans un rapport en cours de rédaction sauront contribuer à l'amélioration de l'organisation des services destinés aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. D'autres travaux portant sur l'offre de service en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme ont débuté en mars 2014, en collaboration avec les divers partenaires concernés par cette question.

Un groupe de travail ministériel sur l'organisation des services socioprofessionnels pour les personnes de 21 ans et plus ayant une déficience a été créé par le Ministère au printemps 2013. Dans un rapport issu de ses travaux, diffusé en décembre 2014, ce groupe propose une série d'actions impliquant la participation des différents ministères partenaires. Le Ministère a produit un document de travail dans lequel il présente une proposition de lignes directrices devant encadrer les activités de jour. Les travaux interministériels se poursuivent afin de soutenir le développement d'une vision commune, de définir des trajectoires de services ainsi que d'assurer un partage des rôles et responsabilités. Le Ministère a aussi collaboré à l'élaboration d'un guide sur la transition entre l'école et la vie active, sous la responsabilité du ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Un autre groupe de travail, sur le soutien aux familles a été mis en place par le Ministère. Il a adopté un plan de travail, au printemps 2014, qui l'amènera à préciser la gamme des services de soutien devant être offerts aux familles requise ainsi que procéder à la révision du programme d'aide financière de soutien à leur intention. Les prochaines étapes des travaux consistent à élaborer des scénarios portant sur la bonification du programme, à estimer les coûts de ces différents scénarios et à proposer une stratégie de déploiement.

Le Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) est implanté dans tous les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. Des travaux ont été menés afin de créer une banque de données ministérielle qui permettra de mieux connaître la clientèle desservie et les services qui lui sont rendus. Ainsi, un dossier justificatif sommaire a été produit, lequel sert à préciser les besoins ainsi que les répercussions et la portée du projet. De plus, une solution informatique a été développée pour que le SIPAD puisse communiquer avec d'autres systèmes d'information.

PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE – SERVICES À DOMICILE (2013-2014, PRINTEMPS 2013)

Le Ministère a déposé un plan d'action qui répond aux recommandations qui lui étaient destinées concernant les services de soutien à domicile destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Depuis la publication du rapport, plusieurs actions sont menées.

Au cours de l'année 2014-2015, une attention particulière a été portée pour répondre à la recommandation du VGQ relative à la mise en place de systèmes d'information intégrés qui permettent de suivre l'utilisateur dans le continuum de services aux personnes âgées. Deux outils cliniques ont été déployés en avril 2014 à cette fin et sont désormais utilisés par les intervenants qui s'occupent du soutien à domicile, soit le tableau d'aide individualisé et le plan de services individualisé et d'allocation de services (PSIAS).

Le tableau d'aide individualisé représente visuellement les cinq dimensions de l'autonomie et les 29 items ayant un effet significatif sur le niveau d'autonomie. Il permet de faire des associations entre le code de couleur, les zones d'intervention prioritaires et les actes à laisser faire par la personne. Cet outil fait partie de la démarche d'évaluation des besoins de la personne; outre qu'il facilite le travail en équipe et l'intervention concertée auprès de l'utilisateur, il favorise le soutien de l'autonomie plutôt que la prise en charge.

Quant au PSIAS, il constitue à la fois un outil de soutien aux activités cliniques pour les intervenants et un outil de gestion cohérent avec la pratique clinique pour les gestionnaires, les établissements et le Ministère. Intégré au système d'information sur lequel s'appuient les réseaux de soins intégrés pour les personnes âgées, il est utilisé pour la préparation des plans d'intervention, laquelle fait appel à la concertation avec l'utilisateur et ses proches aidants. En plus de s'assurer du déploiement du PSIAS, le Ministère a misé sur son utilisation pour améliorer la planification ainsi que la prestation des soins et services. En effet, dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité 2014-2015, une attente spécifique a été formulée à l'égard de l'élaboration du PSIAS. Ainsi, la clientèle adulte des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée devait avoir reçu son PSIAS complété au 31 mars 2015. À cette date, 74 923 PSIAS ont été préparés.

Enfin, il apparaissait important au VGQ que le Ministère dispose de l'information à l'égard de la performance du continuum des services destinés aux personnes âgées. Des travaux importants ont été menés au cours de l'année pour collecter de l'information sur le parcours des soins et services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, dans une perspective de mise en commun des principaux constats et des bonnes pratiques. Le contenu relatif au volet « soutien à domicile » du portrait national a été déposé en novembre 2014 au Comité de coordination des services sociaux.

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 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 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 des tissus 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 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 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2)

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 concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001) (non en vigueur)

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 BILAN DES RÉALISATIONS DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015

Cette section fait un bilan des résultats atteints en regard des engagements pris dans le cadre de la planification stratégique 2010-2015. Les résultats et les principales observations qui en découlent sont regroupés en fonction des enjeux de ce plan. Les renseignements, qui ont une portée nationale¹⁵, proviennent soit directement du Ministère, soit de la compilation de données recueillies dans les régions.

Le pourcentage d'atteinte présenté dans le tableau suivant prend en compte le résultat de 2014-2015 par rapport à la cible fixée dans la planification stratégique 2010-2015 (ci-appelé « résultat visé »). Il permet ainsi de visualiser le niveau d'atteinte de la cible au 31 mars 2015.

Pourcentage d'atteinte des cibles en 2014-2015

NOMBRE DE RÉSULTATS VISÉS	ATTEINT 100 %	99 À 70 %	69 À 30 %	MOINS DE 30 % OU NON MESURABLE	NON DISPONIBLE
98	44	28	10	7	9

ENJEU 1

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

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
1.1.1 85 % d'implantation moyen des activités du PNSP	81,5 %	Sans objet	84,7 %	Sans objet	86 %	100 %
1.1.2 85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	68,8 %	Sans objet	79,7 %	Sans objet	83 %	98 %
1.1.3 Adoption d'une stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle en 2011 et évaluation de sa mise en œuvre en 2015	Non disponible	En élaboration	En élaboration	En élaboration	En voie d'adoption	
1.1.4 Plan d'action ministériel adopté (développement des communautés en santé) et évaluation de la mise en œuvre du plan d'action ministériel	Retrait de ces deux indicateurs. Le Ministère a choisi de réorienter ses travaux. Les actions prévues dans ce plan d'action ayant été intégrées à la version révisée de la Politique nationale de santé publique en 2015, l'évaluation n'est donc plus nécessaire.					

15. 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.

ENJEU 2

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

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
2.1.1 70 % de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (en GMF ou hors GMF)	57 %	60 %	62 %	65 %	66 %	94 %
2.1.2 300 GMF implantés d'ici 2015	223	239	253	258	262	87 %
70 % des médecins de famille pratiquent en GMF (ou modèles équivalents)	51 %	56 %	55 %	55 %	58 %	83 %
2.1.3 250 IPS en soins de première ligne et offrant des services de première ligne	46	89	145	197	251	100 %
2.1.4 100 % des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	56 %	63 %	63 %	63 %	69 %	69 %
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	88 %	88 %	87 %	89 %	90 %	100 %
2.2.1 50 % de régions où est implanté un programme de réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	88 %	100 %
50 % de régions où est implanté un programme d'autogestion des personnes atteintes de maladies chroniques	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	44 %	88 %
2.2.2 Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	Indicateur retiré depuis 2012-2013 en raison de problèmes méthodologiques liés au calcul de l'indicateur.					

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
2.2.3 100 % des territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur	21 %	33 %	57 %	82 %	89 %	89 %
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	55 %	66 %	79 %	77 %	85 %	85 %
Diminution du taux d'enfants resignalés	Non disponible	19 %	18 %	18 %	18 %	100 %
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 %	9 %	100 %
2.2.4 Diminution du nombre moyen de déplacements des enfants	Non disponible	Non disponible	Non disponible	1,31	1,34	Non mesurable ¹⁶
2.2.5 2 % des jeunes et des adultes (population du Québec) recevant des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	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	1,1 %, soit 93 274 personnes	55 %
2.2.6 100 places en CSSS pour les adultes par 100 000 personnes en suivi intensif dans le milieu ¹⁷	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	2 809 places, soit 34 places par 100 000 personnes	34 %
250 places en CSSS pour les adultes par 100 000 personnes en soutien d'intensité variable ¹⁷	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	4 198 places, soit 51 places par 100 000 personnes	20 %
2.2.7 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	7 138	100 %

16. La méthode de calcul pour mesurer le pourcentage d'atteinte de la diminution du nombre moyen de déplacements des enfants est actuellement en révision.

17. Le libellé a été modifié pour mieux refléter la réalité.

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
2.2.8 Augmentation du nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI): <ul style="list-style-type: none"> ▪ a été élaboré par un CR ▪ a impliqué le CSSS 	Cet indicateur n'a jamais pu être développé en raison de difficultés méthodologiques liées aux systèmes d'information des établissements.					ND
2.3.1 70 % d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées à l'échelle du Québec	52 %	62 %	68 %	74 %	78 %	100 %
2.3.2 60 % des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique	Non disponible	Non disponible	Non disponible	5 %	24 %	40 %
2.4.1 Offre de service définie selon les profils de besoins et les milieux de vie	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	En cours	
2.4.2 Augmentation de 23 %, 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 une baisse de 3 % par rapport à 2009-2010	9 923 154 heures une hausse de 5 % par rapport à 2009-2010	10 472 838 heures une hausse de 11 % par rapport à 2009-2010	11 643 858 heures une hausse de 23 % par rapport à 2009-2010	12 926 398 heures une hausse de 37 % par rapport à 2009-2010	100 %
2.4.3 Augmentation du nombre de places en ressources résidentielles de proximité	26 089 ¹⁸	Non disponible	Non disponible	Non disponible	27 082	100 %

18. Le résultat de 2010-2011 a été modifié en raison de la révision de la méthode de calcul de l'indicateur. Les données des autres ressources d'hébergement comptabilisées dans l'indicateur n'étaient pas récoltées par le biais de systèmes centralisés, ce qui rendait les données non comparables et inutilisables. Le Système d'information sur les ressources de type familial et les ressources intermédiaires, exploitable depuis 2011, permet d'obtenir des données au niveau national en s'assurant que celles-ci soient comptabilisées de façon uniforme à travers les régions du Québec.

ENJEU 3

UN DÉLAI RAISONNABLE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
3.1.1 90 % des demandes de services par des personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis pour les demandes						
▪ de niveau de priorité urgente : 3 jours	50 %	57 %	65 %	72 %	75 %	83 %
▪ de priorité élevée : 33 jours en CSSS et 97 jours en CR	76 %	82 %	82 %	84 %	83 %	92 %
▪ de niveau de priorité modérée : 360 jours	Non disponible	Non disponible	90 %	90 %	89 %	99 %
3.1.2 80 % des personnes ayant une dépendance évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	62 %	68 %	73 %	75 %	82 %	100 %
3.1.3 90 % des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour :						
▪ une chirurgie d'un jour	92 %	92 %	92 %	91 %	92 %	100 %
▪ une chirurgie avec hospitalisation	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %	100 %
▪ une arthroplastie totale de la hanche	84 %	81 %	80 %	82 %	84 %	93 %
▪ une arthroplastie totale du genou	81 %	78 %	77 %	79 %	81 %	90 %
▪ une chirurgie de la cataracte	96 %	97 %	96 %	97 %	97 %	100 %
▪ une chirurgie bariatrique	Non disponible	62 %	66 %	62 %	66 %	73 %
▪ l'ensemble des demandes	Plus de 90 %	93 %	93 %	93 %	93 %	À titre indicatif (Aucun engagement dans la planification stratégique)
3.1.4 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 de 100 %)	91 %	91 %	94 %	91 %	91 %	91 %

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
catégorie B : de 2 semaines à 2 mois (cible de 90 %)	85 %	86 %	91 %	85 %	87 %	97 %
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en :						
▪ Chirurgie cardiaque catégorie A : moins de 2 semaines (cible de 100 %)	89 %	90 %	87 %	86 %	87 %	87 %
catégorie B : de 2 semaines à 3 mois (cible de 90 %)	73 %	66 %	67 %	70 %	69 %	77 %
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en :						
▪ Électrophysiologie catégorie A : moins de 48 heures (cible 100 %)	76 %	71 %	71 %	77 %	73 %	73 %
catégorie B : de 48 heures à 3 mois (cible de 75 %)	38 %	40 %	45 %	46 %	43 %	57 %
3.1.5 90 % des personnes atteintes de cancer traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	98 %	97 %	98 %	99 %	99 %	100 %
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 %	60 %	67 %
90 % des personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en chimiothérapie/traitements systémiques	L'indicateur n'a pu être mesuré en raison de l'absence d'un système d'information et d'une méthode standardisée de calcul permettant de recueillir les informations requises au sein des établissements.					ND
3.1.6 Au plus, 15 % des séjours de 24 heures et plus sur civière	24,5 %	23,6 %	24,0 %	22,7 %	22,7 %	Non mesurable ¹⁹
Moins de 1 % des séjours de 48 heures et plus sur civière	7,0 %	6,5 %	6,7 %	5,9 %	6,1 %	Non mesurable ¹⁹
Séjour moyen sur civière de 12 heures ou moins	17,6 heures	17,2 heures	17,5 heures	16,7 heures	16,7 heures	Non mesurable ¹⁹
3.1.7 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	4 449 soit une diminution de 946 usagers	100 %

19. La méthode de calcul pour mesurer le pourcentage d'atteinte de la cible des urgences est actuellement en révision.

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
3.1.8 75 % des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	74 %	99 %

ENJEU 4

LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
4.1.1 Élaborer une politique d'assurance qualité	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	
4.1.2 90 % des guides de pratique clinique recommandés par l'organisme de promotion de l'excellence clinique en santé et en services sociaux ayant fait l'objet d'un processus structuré d'implantation et de suivi	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	67 %	74 %
4.1.3 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						
▪ diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>	75 %	79 %	84 %	78 %	81 %	90 %
▪ bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	91 %	89 %	85 %	97 %	94 %	100 %
▪ bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	91 %	89 %	96 %	96 %	100 %	100 %

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
4.2.1 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 sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %	100 %
	Services de santé : systèmes d'information non développés.					ND
4.2.2 Augmentation du nombre de milieux de stage par discipline (santé)	Systèmes d'information non développés.					ND
4.2.3 100 % des établissements avec désignation universitaire ayant mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances	Non disponible	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %	Services sociaux : 100 %	100 %
	Services de santé : systèmes d'information non développés.					ND
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	Services sociaux : inventaire réalisé	100 %
	Services de santé : systèmes d'information non développés.					ND
4.2.4 Augmentation du nombre de projets d'évaluation réalisés	Non disponible	7 projets	11 projets	6 projets	13 projets	100 %
▪ par les unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux						
▪ par les unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)	Systèmes d'information non développés.					ND
4.3.1 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 DMÉ homologuées	3 ^e cycle réalisé, 9 solutions DME homologuées	4 ^e cycle réalisé, 9 solutions DME homologuées	100 %
50 % des établissements qui utilisent une solution informatique de DCI complète ou partielle	11 %	11 %	31 %	52 %	52 %	100 %
4.3.2 70 % des médecins, des pharmaciens et des infirmières ayant accès aux bases de données du DSQ	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	25 %	36 %

ENJEU 5

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

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
5.1.1 50 % des postes de résidence comblés par des étudiants inscrits dans un programme de médecine familiale	42 %	43 %	46 %	46 %	49 %	98 %
5.1.2 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 %	115 %	100 %
▪ régions intermédiaires	98 %	108 %	82 %	103 %	103 %	100 %
▪ régions périphériques	101 %	101 %	99 %	100 %	100 %	100 %
▪ régions universitaires	101 %	100 %	100 %	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 %	82 %	100 %
▪ régions intermédiaires	86 %	87 %	88 %	90 %	91 %	100 %
▪ régions périphériques	93 %	91 %	90 %	90 %	91 %	100 %
▪ régions universitaires	96 %	96 %	96 %	96 %	96 %	100 %
5.1.3 100 % des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	Non disponible	Non disponible	93 %	96 %	99 %	99 %
5.1.4 100 % des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Sans objet	82 %	89 %	92 %	100 %	100 %

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
5.1.5 Diminution de 10 % du nombre d'heures travaillées en heures supplémentaires, soit pour :						
▪ les infirmières (cible de 5,12 % des heures supplémentaires)	5,73 %	5,59 %	5,61 %	5,16 %	4,78 %	100 %
▪ l'ensemble du réseau (cible de 3,11 % des heures supplémentaires)	3,35 %	3,40 %	3,40 %	3,13 %	3,01 %	100 %
5.1.6 Diminution de 25 % de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers, soit pour :						
▪ les infirmières (cible de 3,45 %)	4,23 %	3,80 %	3,56 %	3,03 %	2,25 %	100 %
▪ les infirmières auxiliaires (cible de 2,26 %)	2,38 %	2,06 %	1,88 %	1,22 %	1,04 %	100 %
▪ les préposés aux bénéficiaires (cible de 1,38 %)	1,55 %	1,24 %	1,24 %	1,04 %	0,72 %	100 %
5.1.7 100 % des projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien aux cadres	Sélection et démarrage de 9 projets	9 projets en cours	9 projets terminés	Atteint	Atteint	100 %
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 ²⁰	Sans objet	Sans objet	Sans objet	100 % (34 établissements)	Atteint	100 %
5.1.8 100 % des places prévues au programme de relève des hors cadres qui sont comblées par des cadres supérieurs chaque année	100 % des 32 places disponibles	90 % des 20 places disponibles	75 % des 20 places disponibles	75 % des 20 places disponibles	Aucune cohorte	ND
5.2.1 100 % des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	29 %	52 %	60 %	96 %	99 %	99 %
50 % des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	13 %	14 %	5 %	10 %	16 %	32 %

20. Cet indicateur a été ajouté en 2013-2014 afin de refléter plus exactement la mise en œuvre des actions liées à cet objectif.

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
Ratio de 5,15 % entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées (Cible : diminution de 7,1 % du ratio)	5,75 %	5,86 %	6,09 %	6,13 %	6,10 %	Non mesurable ²¹
5.2.2 100 % des établissements ciblés ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	79 %	87 %	87 %	87 %	88 %	88 %

ENJEU 6

UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
6.1.1 75 % des établissements ayant réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation des ressources	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	76 %	100 %
Nombre de révisions de processus de dispensation de services cliniques et de services auxiliaires et administratifs réalisées en fonction du plan d'actualisation proposé par chaque agence	Le suivi des plans d'actualisation proposés par chaque agence n'a pas été nécessaire. Il a été convenu que les gains financiers attendus seraient intégrés au budget des établissements. Dans ce contexte, la détermination d'une cible et son suivi se sont révélés non pertinents.					ND
200 centres de traitements reliés aux technologies de l'information (soit une diminution de 20 % du nombre de centres par rapport à la situation de 2012-2013)	Sans objet	Sans objet	250	250	249, soit une diminution de 2 %	Non mesurable ²²
6.1.2 Méthodologie et indicateurs disponibles de 2010 à 2015	Sans objet	En cours	En cours	En cours	En cours	
6.1.3 Diffusion d'un cadre d'analyse de la performance du système de santé et de services sociaux en 2011	Sans objet	Réalisé	Terminé	Terminé	Terminé	100 %
Mise en place des modalités de production et de rétroaction mises en place dès 2012	Sans objet	Sans objet	Sans objet	En cours	En cours	

21. La méthode de calcul pour mesurer le pourcentage d'atteinte du ratio d'assurance salaire est actuellement en révision.

22. La méthode de calcul pour mesurer le pourcentage d'atteinte de la diminution centres de traitements reliés aux technologies de l'information est actuellement en révision.

RÉSULTATS VISÉS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	POURCENTAGE D'ATTEINTE
6.2.1 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	Atteint	100 %
6.2.2 Révision de la réglementation et des normes administratives de 2011 à 2015	Sans objet	En cours	En cours	En cours	Allègement administratifs réalisés	100 %

