



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

du ministère de la Santé
et des Services sociaux

2015-2016

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

du ministère de la Santé
et des Services sociaux

2015-2016

ÉDITION

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-76709-1 (version PDF)

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

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 2015-2016 du ministère de la Santé et des Services sociaux, lequel rend compte des résultats obtenus au cours de la dernière année financière et de la première année couverte par le plan stratégique 2015-2020.

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.

Le rapport montre une amélioration des résultats dans plusieurs secteurs d'activité. L'informatisation du réseau et le partage de l'information sur les usagers entre les professionnels ont grandement progressé. Au cours de l'année, le réseau et le Ministère se sont mobilisés pour mettre en œuvre une importante réorganisation du réseau visant à simplifier l'accès aux services pour la population, à améliorer la qualité et la sécurité des soins, et à accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau. Des gains appréciables ont été obtenus, notamment en ce qui a trait au pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille, à l'augmentation du nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans, à la diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante et à la diminution des heures supplémentaires travaillées dans le réseau.

L'atteinte des objectifs, que ce soit par le Ministère ou par le réseau, nécessite la contribution d'un personnel compétent et dévoué, auquel nous souhaitons témoigner notre reconnaissance pour son professionnalisme, sa précieuse collaboration et sa constance dans une année de transition.

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

original signé

Gaétan Barrette
Ministre de la Santé et des Services sociaux

original signé

Lucie Charlebois
Ministre déléguée à la Réadaptation,
à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique
et aux Saines habitudes de vie

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, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie

Monsieur le ministre,
Madame la ministre déléguée,

Nous vous transmettons le Rapport annuel de gestion 2015-2016 du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui a pris fin le 31 mars 2016.

Vous y trouverez les résultats obtenus par le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux au regard des objectifs et engagements liés au Plan stratégique 2015-2020, au Plan d'action de développement durable 2009-2015 et à la Déclaration de services aux citoyens. Ce rapport témoigne aussi des efforts consentis afin d'utiliser de façon optimale les 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 effectuée par la Direction de l'audit interne.

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

Veillez agréer, Monsieur le ministre, Madame la ministre déléguée, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

original signé

Michel Fontaine
Sous-ministre

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	9
LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	11
LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA DIRECTION DE L'AUDIT INTERNE	13
LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2015-2016	15
PARTIE 1 LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	19
PARTIE 2 LES RÉSULTATS	23
2.1 Le Plan stratégique 2015-2020	23
2.2 Le Plan d'action de développement durable 2009-2015	42
2.3 La Déclaration de services aux citoyens	54
PARTIE 3 L'UTILISATION DES RESSOURCES	59
3.1 Les ressources humaines	59
3.2 Les ressources budgétaires et financières du Ministère ainsi que le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	68
3.3 Les ressources informationnelles	76
PARTIE 4 L'APPLICATION D'EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES	83
4.1 L'égalité entre les femmes et les hommes	83
4.2 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels	85
4.3 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration	86
4.4 Le suivi de la mise en œuvre des standards sur l'accessibilité du Web	87
4.5 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé	88
4.6 Le suivi des ententes d'inscription des médicaments sur la liste dressée en vertu de l'article 116 de la LSSSS	90
4.7 Les allègements administratifs et législatifs	91
4.8 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec	91
ANNEXE I LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	98
ANNEXE II LOIS DONT LA RESPONSABILITÉ DE L'APPLICATION RELÈVE, PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT, DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	100
ANNEXE III BILAN DES RÉALISATIONS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020	102

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADS	Analyse différenciée selon les sexes	LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
CH	Centre hospitalier	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
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
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	PASM	Plan d'action en santé mentale
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	PSMA	Produits, services et moyens amaigrissants
CLSC	Centre local de services communautaires	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
CR	Centre de réadaptation	RDM	Retraitement des dispositifs médicaux
DACD	Diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>	RI et RTF	Ressource intermédiaire et ressource de type familial
DCI	Dossier clinique informatisé	RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
DME	Dossier médical électronique	RPA	Résidence privée pour aînés
DSQ	Dossier Santé Québec	RSOSi	Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles
EIS	Évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé	RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
ETC	Équivalent temps complet	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
FINESSS	Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	SIM	Suivi intensif dans le milieu
GMF	Groupe de médecine de famille	SIV	Suivi d'intensité variable
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	TCN	Table de coordination nationale
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang	TSA	Trouble du spectre de l'autisme
IU	Instituts universitaires	VGQ	Vérificateur général du Québec

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 long 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 sections servant à la présentation de ces résultats et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2015-2016 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 2016.

Les membres du comité de direction,

original signé

Michel Fontaine
Sous-ministre

original signé

Michel A. Bureau
Sous-ministre associé
Services de santé et médecine universitaire

original signé

Luc Castonguay
Sous-ministre adjoint
Planification, évaluation et qualité

original signé

Lyne Jobin
Sous-ministre adjointe
Services sociaux

original signé

Marco Thibault
Sous-ministre adjoint
Personnel réseau et ministériel

original signé

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

original signé

Pierre Lafleur
Sous-ministre adjoint
Coordination réseau et ministérielle

original signé

François Dion
Sous-ministre adjoint
Finances, infrastructures et budget

original signé

Richard Audet
Sous-ministre associé
Technologies de l'information

original signé

Jean Latreille
Directeur général
Cancérologie

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 2015-2020, 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 2016. 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,

original signé

Isabelle Savard

Directrice

Bureau du sous-ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Québec, septembre 2016

LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2015-2016

Réorganisation du réseau sociosanitaire

Le 1^{er} avril 2015 entraient en vigueur la plupart des dispositions 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) (ci-après appelée LMRSSS). Cette loi, qui vise l'intégration des services de santé et des services sociaux au sein d'un même établissement, favorise et simplifie l'accès aux services pour la population, améliore la qualité et la sécurité des soins en plus d'accroître l'efficience et l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux.

L'année 2015-2016 fut principalement consacrée à la mise en place de la structure organisationnelle des centres intégrés de santé et de services sociaux, de même qu'à la mise en place de la haute direction des centres intégrés et des établissements non fusionnés à un centre intégré. Tant des modalités relatives à la transition dans différents champs d'activité (main-d'œuvre, financement, transition de carrière, etc.) que des mesures de soutien au changement ont été déployées pour assurer une réorganisation harmonieuse et efficiente du réseau sociosanitaire.

Bien que l'année 2015-2016 fût consacrée surtout à des éléments touchant la structure organisationnelle, le Ministère a aussi amorcé des travaux ayant pour objet l'intégration des services de santé et des services sociaux. Ces travaux occuperont une place prioritaire dans l'année à venir.

Adoption du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – *Faire ensemble et autrement*

Le 9 octobre 2015, le Ministère lançait le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – *Faire ensemble et autrement* (PASM 2015-2020). Ce plan d'action a fait l'objet de plusieurs consultations, notamment sous la forme d'un forum national en janvier 2014.

Le PASM 2015-2020 comprend quatre orientations. La première consiste à promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté. Elle se concrétise par la mise en place de conditions favorables au rétablissement et à la participation citoyenne, à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau de la santé et des services sociaux.

La deuxième orientation concerne l'adaptation des services aux besoins des jeunes en fonction de leur réalité développementale. À cette fin, les mesures retenues ciblent l'intervention précoce, de même que le soutien des jeunes dans la transition vers l'âge adulte, par une offre de service continue et adaptée aux besoins et aux étapes de vie des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, et ce, peu importe leur âge.

La troisième orientation porte sur l'implantation de pratiques cliniques et de gestion en vue de l'amélioration de l'expérience de soins des personnes atteintes de troubles mentaux. Le plan d'action contient des mesures concernant la collaboration interprofessionnelle ainsi que le soutien aux professionnels des différents programmes spécifiques, aux médecins de famille et aux pédiatres. Il contient également des mesures relatives à la promotion de bonnes pratiques en matière de supervision clinique.

La quatrième orientation concerne la performance ainsi que l'amélioration continue des soins et des services en santé mentale. Elle se traduit par la collecte d'informations sur la mise en œuvre et le suivi des mesures inscrites dans le PASM 2015-2020.

Des systèmes d'information unifiés

En 2015-2016, une orientation structurante a été amorcée, par le Ministère, dans le secteur des technologies de l'information. Elle visait à améliorer l'efficacité et la performance du réseau par l'unification des systèmes d'information des établissements du réseau.

Un des éléments clés de cette orientation est le déploiement, sur l'ensemble du territoire québécois, du dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net, propriété du réseau de la santé et des services sociaux. La décision de ne déployer qu'une seule solution informatique pour le DCI dans les établissements sociosanitaires publics trouve sa justification dans les efforts pour uniformiser les pratiques, tant sur le plan clinique que sur les plans financier et administratif. Cela favorisera la normalisation des données cliniques, et ce, au bénéfice des cliniciens du réseau et de l'ensemble des usagers.

Dépôt du Programme national de santé publique 2015-2025

La nouvelle version du Programme national de santé publique a été lancée en décembre 2015 par la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie.

Ce programme définit l'offre de service de santé publique à déployer par le Ministère et son réseau pour la période 2015-2025. Il structure l'action de santé publique en vue de maintenir et d'améliorer la santé de la population, par des services de qualité adaptés aux besoins et aux réalités des territoires sociosanitaires. Cette nouvelle édition du programme met notamment l'accent sur l'importance d'agir en amont des problèmes dans les milieux de vie, en portant une attention particulière aux personnes et aux populations plus vulnérables, en vue de réduire les inégalités sociales de santé.

Il a été élaboré avec la collaboration de gestionnaires, de professionnels et d'experts du réseau de la santé et des services sociaux et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), en prenant en considération les changements apportés tant à l'organisation qu'à la gouvernance du réseau et les exigences au regard de l'optimisation des services de santé publique.

Le Programme national de santé publique 2015-2025 constitue un levier pour renforcer les actions de surveillance, de promotion, de prévention et de protection avec un ensemble de partenaires, au sein du réseau de la santé et des services sociaux et en rapport avec d'autres secteurs d'activité, et ce, dans le but d'agir efficacement sur les facteurs qui influencent la santé de la population. Il est consultable à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>.

Intensification de la lutte contre le tabagisme

Modification de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme

L'année 2015-2016 a été marquée par une intensification de la lutte contre le tabagisme, notamment grâce au dépôt du projet de loi n° 44 (Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme). Ce projet de loi visait trois principaux objectifs : protéger les jeunes et prévenir l'initiation à l'usage du tabac ; protéger la population des dangers de l'exposition à la fumée de tabac ; inciter les fumeurs à cesser de fumer.

Il constituait la première révision en profondeur de la Loi sur le tabac depuis la réforme de 2005. C'est à l'unanimité que les députés de l'Assemblée nationale ont adopté ce projet de loi, qui a été sanctionné le 26 novembre 2015.

Les modifications apportées à la Loi sur le tabac couvrent divers volets, notamment la hausse des amendes en cas d'infraction, l'usage du tabac dans certains lieux, l'encadrement de l'usage de la cigarette électronique, la vente de tabac, la promotion et la publicité relatives aux produits du tabac, l'interdiction concernant les arômes et les saveurs autres que ceux du tabac ainsi que les règles concernant les emballages et la mise en garde de santé affichée sur les emballages de cigarettes et de petits cigares.

Lancement de la campagne « Fumer, c'est pas attirant »

Cette année encore, le Ministère a réalisé une campagne médiatique, diffusée notamment à la télévision et sur le Web, visant la prévention du tabagisme chez les jeunes, particulièrement ceux de 11 à 14 ans. De l'affichage était également prévu dans différents milieux fréquentés par ce groupe cible (ex. : centres jeunesse, cliniques, écoles, maisons de jeunes, etc.) et la page Facebook « Y a rien de plus dégueu » a été revampée aux couleurs de la nouvelle campagne. Cette activité, lancée le 20 mars dernier, s'inscrivait directement dans le volet « contremarketing » des stratégies d'intervention prévues dans le Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes.

La campagne ministérielle 2016 de prévention du tabagisme chez les jeunes a placé la dénormalisation du tabac à l'avant-plan. En effet, les experts soutiennent que certains messages paraissent exercer une plus grande influence auprès des jeunes lorsqu'il s'agit de contremarketing. Parmi ces messages, on trouve, entre autres, l'« approbation et la désapprobation sociale ». Ce type de message dépeint, par exemple, les conséquences sociales négatives du tabagisme et vise à faire prendre conscience aux adolescents que la consommation des produits du tabac ne présente vraiment aucun avantage.

Premier Forum québécois sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Depuis les quinze dernières années, les services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches ont connu une grande progression. Le taux de prévalence continue toutefois à augmenter de façon importante, maintenant une pression constante sur l'offre de service.

Le premier Forum québécois sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA) s'est tenu les 11 et 12 février 2016. Il a permis de faire le point sur l'état des avancées en matière de connaissances et de services pour les personnes ayant un TSA et de déterminer les grandes priorités pour mieux répondre aux besoins des personnes ainsi que des familles. Il a aussi permis de se doter d'une vision commune afin de poursuivre le développement des réseaux de services intégrés requis. Cet événement a rassemblé une centaine d'acteurs clés du domaine de l'autisme.

Des discussions sur huit thèmes ont permis au Ministère de retenir dix priorités sur un total de vingt-huit, dont plusieurs relèvent des différents réseaux partenaires, notamment ceux de l'emploi, de l'éducation et de la famille.

Opération d'aide aux réfugiés syriens

Dans le cadre de l'accueil des réfugiés syriens, dont 5 332 au Québec, le Ministère a déployé ses mécanismes de sécurité civile du 5 novembre 2015 à la mi-mars 2016 afin de coordonner cette opération.

Le Ministère a élaboré un plan particulier découlant des orientations ministérielles « Une passerelle vers un avenir en santé » pour pouvoir répondre aux besoins sociosanitaires des nombreux réfugiés qui arrivaient au Québec. Ce plan, mis en œuvre par les établissements désignés du réseau, prévoyait une organisation des services de santé et des services sociaux mettant l'accent sur une première évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés dès leur arrivée. Ainsi, plus de 80 % des réfugiés destinés au Québec ont été rencontrés dans ce contexte.

Compte tenu du nombre important de réfugiés syriens accueillis à Montréal et à Laval, une clinique centralisée d'évaluation de la santé physique et du bien-être avait été installée à l'urgence de l'ancien Hôpital Royal-Victoria, à Montréal. Des ressources du réseau de la santé et des services sociaux étaient également présentes au centre de bienvenue, lui aussi situé à Montréal, au moment de l'arrivée des réfugiés.

Adoption de la Loi sur les activités funéraires

La Loi sur les activités funéraires (2016, chapitre 1) a été adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 17 février 2016. Cette loi vise notamment à assurer la protection de la santé publique, la sécurité et la qualité des services offerts à la population québécoise ainsi que le respect de la dignité des personnes décédées. Elle encadre davantage la prestation des services funéraires, les activités de thanatopraxie, les opérations d'inhumation, d'exhumation et de transport de cadavres ainsi que la disposition des cendres humaines et des cadavres non réclamés.

En plus d'instituer un nouveau régime juridique applicable aux activités funéraires, cette loi établit un régime de permis d'entreprise de services funéraires et un régime de permis de thanatopraxie. De plus, elle consolide l'ensemble des lois déjà existantes dans le domaine funéraire en les intégrant sous une seule loi mieux adaptée au contexte actuel, placée sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les dispositions de cette loi entreront en vigueur à la date ou aux dates fixées par le gouvernement.

PARTIE 1

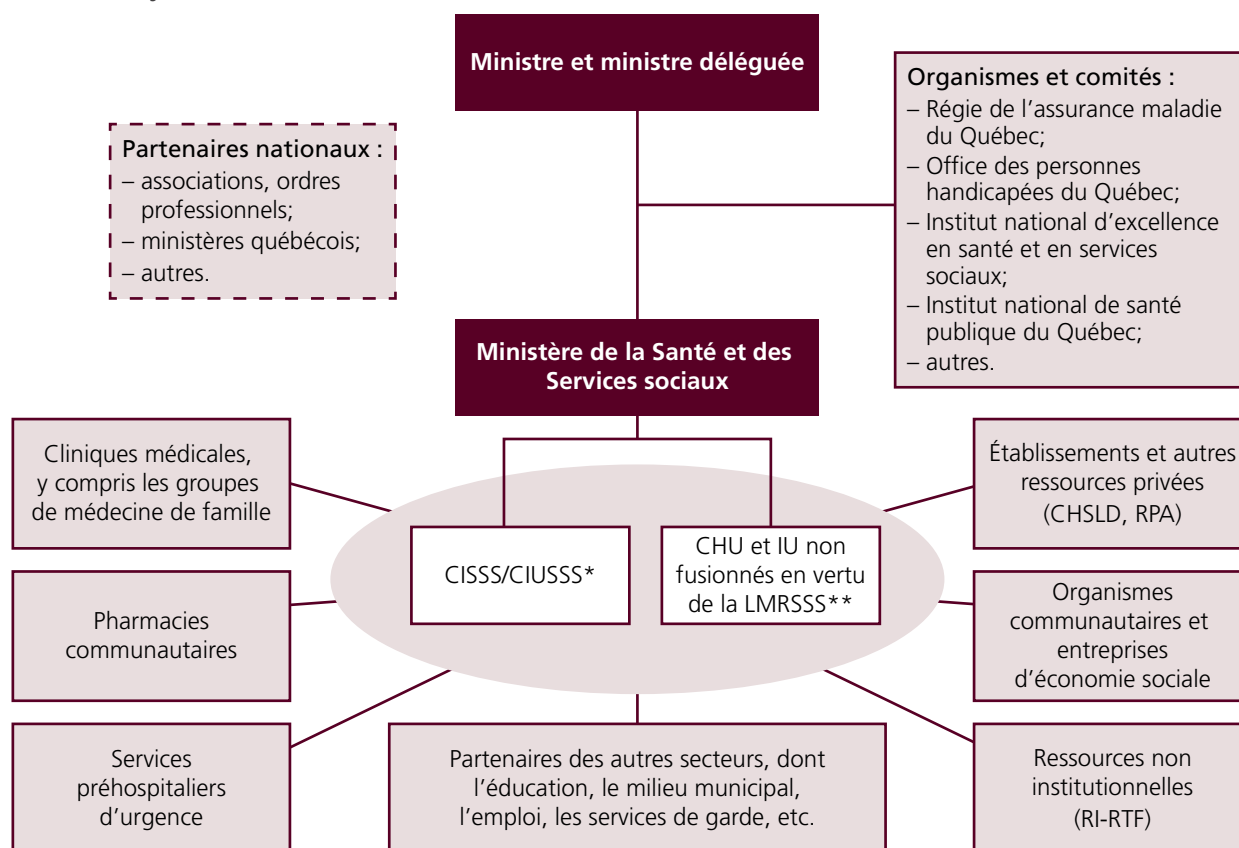
LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La présente partie porte sur la structure administrative et le réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux, les rôles et les 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.

Structure du système de santé et de services sociaux



* Neuf des 22 centres intégrés peuvent utiliser dans leur nom les mots « centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ».

** Les sept établissements non fusionnés suivants sont rattachés au Ministère et offrent des services spécialisés et surspécialisés au-delà de leur région sociosanitaire d'appartenance : CHU de Québec - Université Laval; Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval; Centre hospitalier de l'Université de Montréal; Centre universitaire de santé McGill; Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; Institut de Cardiologie de Montréal; Institut Philippe-Pinel de Montréal.

En outre, cinq établissements publics, non visés par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS), desservent une population nordique et autochtone. Ils ne figurent pas dans l'illustration ci-dessus.

Le Ministère

En fonction de sa mission, le Ministère a, comme rôle premier, de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux, et il veille à leur application. En plus d'établir les politiques de santé et de services sociaux, il voit à leur mise en œuvre et à leur application. Le Ministère doit en outre exercer les fonctions nationales de santé publique, assurer la coordination interrégionale des services, s'assurer que les mécanismes de coordination des services entre les établissements sont fonctionnels, répartir équitablement les ressources – financières, humaines et matérielles – et voir au contrôle de leur utilisation. Il évalue également les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Enfin, il peut proposer à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les conditions qui favorisent la santé et le bien-être de la population.

La structure administrative

Le Ministère est dirigé par un sous-ministre et il se compose de trois directions supérieures et de neuf directions générales qui reflètent ses principaux domaines d'activité. Pour de plus amples renseignements, nous vous invitons à consulter l'organigramme du Ministère à l'annexe I ou sa version électronique à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca.

Les lois dont la responsabilité de l'application relève du ministre de la Santé et des Services sociaux sont présentées à l'annexe II et en version électronique à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca.

Les organismes et entités relevant du Ministre

Des 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 relatives à ces organismes peuvent être consultées sur le site Web du Ministère, au <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/organisme.php>.

Quelques données sur les effectifs du Ministère et du réseau

La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente environ 6,8 % de la population active du Québec. Au 31 mars 2015, on comptait :

- 956 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère, et 1 631 cadres, professionnels et fonctionnaires à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
- 267 602 cadres ou salariés dans les agences et les établissements publics ou privés conventionnés :
 - 192 401 personnes affectées aux programmes-services, ce qui inclut notamment 113 342 infirmières, infirmières auxiliaires ou préposés aux bénéficiaires et 58 765 techniciens ou professionnels de la santé et des services sociaux;
 - 75 201 personnes affectées aux programmes soutien ou membres du personnel d'encadrement.

De plus, en 2014-2015, 30 713 professionnels ont reçu une rémunération de la RAMQ, dont 8 889 médecins omnipraticiens, 9 996 médecins spécialistes et 3 657 médecins résidents.

Le réseau de la santé et des services sociaux

Le Ministère exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec 22 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ci-après appelés « centres intégrés ». Ceux-ci veillent à la planification et à l'organisation des services sur leur territoire respectif et ont une préoccupation particulière en matière de participation de la population à la gestion du réseau, de santé publique, d'allocation budgétaire et d'accès aux

services, notamment pour les groupes de population les plus vulnérables. En outre, le réseau compte trois autorités régionales¹, soit 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 selon les 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 ainsi que d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse. Selon leur nature, les services offerts par les établissements sont accessibles sur le plan local, régional ou national.

Au 31 mars 2016, le réseau de la santé et des services sociaux comptait 143 établissements : 51 étaient publics et 92, privés. Ces établissements gèrent 1 663 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 51 établissements publics du réseau sont administrés par 33 présidents-directeurs généraux ou directeurs généraux. Ils incluent tous les centres intégrés, les établissements regroupés et les autres établissements qui ne sont ni fusionnés ni regroupés.

Chacun des 22 centres intégrés est un établissement issu de la fusion de tous les établissements publics d'une même région sociosanitaire, ou d'une partie de ceux-ci, et de l'agence de la santé et des services sociaux, le cas échéant ; 9 de ces 22 centres intégrés peuvent utiliser dans leur nom le mot « universitaire » parce qu'ils se trouvent dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou parce qu'ils exploitent un centre désigné institut universitaire dans le domaine social.

Quant aux 29 autres établissements publics, ils se distribuent ainsi :

- 7 centres hospitaliers universitaires (CHU) et instituts universitaires (IU) non fusionnés à un centre intégré, rattachés au Ministère et offrant des services spécialisés et surspécialisés au-delà de leur région sociosanitaire d'appartenance, soit :
 - le CHU de Québec — Université Laval,
 - l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval,
 - le Centre hospitalier de l'Université de Montréal,
 - le Centre universitaire de santé McGill,
 - le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine,
 - l'Institut de cardiologie de Montréal,
 - l'Institut Philippe-Pinel de Montréal ;
- 5 établissements publics, non visés par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS), qui desservent une population nordique ou autochtone ;
- 17 établissements publics regroupés avec un centre intégré. Ces établissements n'ont pas fait l'objet de fusion avec d'autres établissements en vertu de la LMRSSS, mais ils sont administrés par le conseil d'administration du centre intégré auquel ils sont regroupés.

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.

1. La LMRSSS a aboli les agences de la santé et des services sociaux. Cependant, les autres autorités régionales n'ont pas été visées par cette loi et continuent à jouer un rôle dans leur région respective.

En plus des services offerts par les établissements publics, la population bénéficie des services des établissements privés, qui offrent notamment de l'hébergement et des soins de longue durée.

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 2 107 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 263 groupes de médecine de famille (GMF);
- de 1 866 pharmacies communautaires;
- de services préhospitaliers d'urgence totalisant 682 ambulances et 67 véhicules de remplacement;
- de 3 410 organismes communautaires et de 102 entreprises d'économie sociale en aide domestique;
- de 2 033 ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupe, etc.) et de 7 618 ressources de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) rattachées aux établissements publics;
- de 1 853 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, pour 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.

PARTIE 2

LES RÉSULTATS

La deuxième partie traite des résultats en 2015-2016 au regard des engagements ciblés dans le Plan stratégique 2015-2020, le Plan d'action de développement durable 2009-2015 et la Déclaration de services aux citoyens².

2.1 LE PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020

La présente section fait état des résultats relatifs aux 22 objectifs du Plan stratégique 2015-2020 du Ministère. Les résultats y sont regroupés en fonction des trois 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 le réseau de la santé et des services sociaux. Pour prendre connaissance des résultats propres à chaque établissement, il faut consulter leur rapport annuel de gestion.

L'annexe III présente, sous forme de tableau, le bilan de l'évolution des résultats visés par rapport aux objectifs fixés dans le Plan stratégique 2015-2020.

ENJEU1

DE NOUVEAUX GAINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DE LA POPULATION

ORIENTATION 1

Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé

AXE : Habitudes de vie

OBJECTIF 1 Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie afin de prévenir les maladies chroniques et les cancers

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Proportion de fumeurs actuels de 12 ans ou plus	21 % ¹	16 %

1. Ce résultat couvre les années civiles 2013 et 2014, et il provient de données d'enquête populationnelle tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

La proportion de fumeurs de 12 ans ou plus se situe actuellement à 21 % (2013 et 2014) de la population québécoise, comparativement à 23 % pour la période précédente (2011 et 2012). La mobilisation et la concertation des différents acteurs impliqués dans la lutte contre le tabagisme ont contribué à sa diminution, par des actions visant la prévention du tabagisme chez les jeunes, l'abandon du tabac et la protection contre la fumée.

2. Les données relatives aux régions sociosanitaires 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 deux régions exigent la prestation de services distincts dont le suivi ne peut se faire au moyen des indicateurs utilisés dans les autres régions.

Par ailleurs, des services de counseling individuel et de groupe en cessation tabagique, des visites en milieux cliniques, des activités de promotion de la cessation tabagique en milieux communautaires et en milieux de travail ainsi que l'adoption de politiques sur des lieux sans fumée par des écoles et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont venus appuyer les campagnes sociétales (Famille sans fumée, Semaine pour un Québec sans tabac, De Facto, etc.) menées dans divers milieux. Les efforts visant la réduction du tabagisme se poursuivent, notamment par la mise en œuvre graduelle des différentes mesures prévues par la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2) adoptée le 26 novembre 2015.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Cibles
Proportion de la population de 12 ans ou plus consommant 5 fois ou plus de fruits et légumes par jour	47 % ¹	50 %
Proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports	47 % ¹	51 %

1. Ces résultats couvrent les années civiles 2013 et 2014, et ils proviennent de données d'enquête populationnelle tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

La proportion de la population de 12 ans ou plus consommant cinq fois ou plus de fruits et légumes par jour et la proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports se situaient toutes les deux à 47 % au moment de la dernière enquête, en 2013 et 2014. Favoriser la consommation de fruits et légumes et l'adoption d'un mode de vie physiquement actif nécessite en effet des interventions dans les différents milieux de vie.

Une trentaine d'organismes nationaux et de ministères agissant dans le secteur de l'activité physique sont réunis à la Table sur le mode de vie physiquement actif depuis 2010. Depuis novembre 2015, la Table québécoise sur la saine alimentation a quant à elle pour mission de promouvoir la saine alimentation. Ces deux tables conçoivent des projets concertés portant, par exemple, sur le développement moteur chez les jeunes ou la norme sociale et les communications en alimentation.

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont par ailleurs déployé une variété d'initiatives auprès des jeunes pour leur donner le goût de bien se nourrir et de bouger simplement tous les jours. Certaines interventions sont adaptées aux populations défavorisées. Les écoles, les camps de jour, les municipalités, les services de garde éducatifs à l'enfance, les milieux de travail sont des lieux d'intervention privilégiés. Les cibles fixées ne peuvent toutefois être atteintes en une seule année puisque cela implique des changements de comportements qui requièrent du temps.

AXE: Prévention des infections

OBJECTIF 2 Accroître la vaccination grippale chez les malades chroniques

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Taux de vaccination chez les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé	33 % ¹	80 %

1. Ce résultat couvre la saison grippale 2013-2014. L'enquête populationnelle est effectuée tous les deux ans et l'étude portant sur la saison grippale 2015-2016 n'a pas encore été publiée.

Au terme de la saison 2013-2014, 33 % des malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé auraient reçu le vaccin contre la grippe. Le taux serait plus élevé dans le groupe des 50-59 ans (40 %) que dans celui des 18-49 ans (30 %), bien que l'écart ne soit pas statistiquement significatif.

Les données de 2013-2014 montrent une augmentation de la couverture vaccinale par rapport à 2011-2012, où 30 % des malades chroniques auraient été vaccinés contre la grippe. Le gain observé serait essentiellement attribuable au groupe des 18-49 ans, pour lequel le taux est passé de 25 à 30 % entre les deux enquêtes, alors qu'il est demeuré sensiblement le même pour le groupe des 50-59 ans.

Une faible perception du risque au regard de la grippe par les malades chroniques est l'une des raisons qui explique l'écart entre la couverture vaccinale observée et la cible. La promotion de la vaccination contre la grippe auprès des associations de malades chroniques, par l'intermédiaire de leurs différents outils de communication (bulletin, site Web), se poursuit.

OBJECTIF 3 Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	38 404 (15 % d'augmentation)	38 261 (augmentation de 15 % par rapport à 2014-2015)

Le dépistage consiste à déceler un problème de santé, par exemple une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS), chez des personnes asymptomatiques. Cet élément important du continuum d'interventions vise à briser la chaîne de transmission de ces infections et représente une mesure dont l'efficacité est reconnue par les organisations nationales et internationales se préoccupant de soins préventifs.

Les tests auxquels fait référence l'indicateur concernent les infections suivantes : l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, l'infection par le virus de l'hépatite C et les autres ITSS.

Pour l'ensemble du Québec, l'augmentation attendue de 3 % pour l'année 2015-2016 par rapport à l'année 2014-2015 a été dépassée. Grâce aux efforts soutenus qui ont été fournis dans la majorité des territoires sociosanitaires, l'augmentation réelle se situe à 15 % par rapport au résultat de 2014-2015. Certains établissements, n'ayant pu atteindre leur engagement, ont implanté des mesures correctives afin d'optimiser leurs résultats au regard des activités de dépistage auprès des jeunes de 15 à 24 ans. Il est important de poursuivre les efforts relatifs au dépistage compte tenu de la recrudescence des ITSS.

UN SYSTÈME CENTRÉ SUR LES USAGERS ET ADAPTÉ À LEURS BESOINS

ORIENTATION 2

Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers

AXE: Première ligne et urgence

OBJECTIF 4 Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne³



Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	71 %	85 %

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 2016, plus de trois millions de personnes (3 802 934 patients inscrits), soit 48 % de la population admissible du Québec, étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant dans un GMF et le nombre dépasse cinq millions de personnes (5 637 395 patients inscrits), soit 71 % de la population admissible du Québec, si l'on y ajoute celles qui sont inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF. Ce résultat représente une augmentation de 218 414 patients inscrits auprès d'un médecin de famille, en GMF ou hors GMF, par rapport à l'année précédente.

Dans le contexte de l'entente sur l'accessibilité aux services médicaux de première ligne intervenue le 25 mai 2015 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, les médecins de famille sont fortement incités à inscrire des patients. Plusieurs leviers ont été mis en œuvre pour favoriser l'inscription et le suivi de patients en première ligne, notamment des modifications apportées à ce qu'il est convenu d'appeler les activités médicales particulières et la poursuite de la formation des médecins de famille visant à les amener à modifier leur pratique en accès adapté. Malgré cela, l'inscription de patients est tributaire de la capacité des médecins de famille à suivre les patients.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Nombre total de GMF	263	300

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 2016, on comptait 263 GMF au Québec, ce qui représente 88 % de la cible établie à 300. En 2015-2016, le nombre de GMF a augmenté de 1, comparativement à 4 l'année précédente, et 16 sites cliniques ont été ajoutés à des GMF existants. La totalité des GMF se répartit sur 659 sites et regroupe plus de 4 300 médecins travaillant au sein d'un cabinet médical, dans un centre local de services communautaires (CLSC) ou dans une unité de médecine familiale. Par ailleurs, 631 infirmières sont en poste dans les 263 GMF.

3. Cet objectif contribue à la Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2011-2016.

La création et le rythme de l'implantation de nouveaux GMF dépendent, entre autres facteurs, de la volonté des intervenants cliniques de s'organiser selon les modalités du groupe de médecine de famille. L'adoption de ce modèle d'organisation des services reste en effet à l'initiative des médecins de famille qui pratiquent dans les différents milieux. De plus, après l'annonce, en mai 2015, de la mise en application du nouveau Programme GMF à partir du mois de novembre 2015, plusieurs groupes de médecins ont retardé leur adhésion au modèle GMF.

La promotion des GMF se poursuit dans les différentes régions du Québec. Ainsi, des démarches sont en cours afin d'inviter tous les médecins de famille qui pratiquent dans les unités de médecine familiale et les CLSC à adhérer au modèle GMF.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Nombre total de GMF-R (super-cliniques)	0	50

Au cours de l'année 2015-2016, le Ministère a élaboré le Programme de désignation réseau pour les groupes de médecine de famille. Celui-ci est entré officiellement en vigueur au mois d'avril 2016. Les GMF-R, aussi appelés super-cliniques, offriront aux personnes n'ayant pas de médecin de famille des services sans rendez-vous 12 heures par jour, et cela tous les jours (soit 84 heures par semaine), des services de prélèvements et d'imagerie sur place ainsi qu'un accès facilité aux services spécialisés.

Par ailleurs, il est important de souligner qu'il y a actuellement 53 cliniques-réseau accréditées, réparties dans huit régions du Québec. Plusieurs d'entre elles pourraient migrer rapidement vers le modèle GMF-R et ainsi bonifier leur offre de service à la population. Les cliniques-réseau qui ne répondent pas aux exigences du nouveau Programme GMF-R disposeront d'une période de transition pour effectuer les modifications nécessaires à leur offre de service afin de se conformer à ce programme.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC) ¹	62 %	75 %

1. Changement du libellé « Pourcentage des premiers services sociaux qui sont dispensés dans les délais prescrits (mission CLSC) » afin que l'indicateur reflète mieux la nature des résultats.

Au 31 mars 2016, 62 % des premiers services de nature psychosociale ont été dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC). Ce résultat donne une représentation globale du délai d'accès à un premier service de nature psychosociale tel que vécu par l'utilisateur, c'est-à-dire la durée pendant laquelle l'utilisateur est en attente de recevoir un premier service de nature psychosociale de la mission CLSC, alors qu'il ne recevait aucun service. Cette année, l'indicateur était en expérimentation pour la première reddition de comptes et certaines modifications mineures, sur le plan de la méthode, pourraient être apportées afin d'améliorer la validité des résultats.

La première ligne de soins et de services constitue la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux. C'est pourquoi les délais d'attente précédant l'accès aux services sociaux de première ligne, notamment ceux qui sont destinés aux groupes vulnérables, demeurent une préoccupation.

OBJECTIF 5 Réduire le temps d'attente à l'urgence

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Cibles
Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	60 %	85 %
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	59 %	85 %
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,7 h	12 h

Les systèmes d'information utilisés dans les urgences permettent d'obtenir au quotidien des données concernant la situation dans 119 urgences. Le nombre de visites comptabilisées (ambulatoires et sur civières) atteint 3 741 500 pour l'année 2015-2016.

Le pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale (délai entre l'évaluation par l'infirmière au triage et la première consultation du médecin) est de moins de deux heures, dont le résultat atteint 60 %. Le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de quatre heures, dont le résultat se situe à 59 %. Ces deux nouvelles données permettent dorénavant de présenter à la population un portrait plus juste de la situation dans les urgences du Québec. La similarité des résultats obtenus en 2014-2015 et en 2015-2016 ne représente pas nécessairement une stagnation. Il faut tenir compte, dans l'analyse de ces indicateurs, du nombre de visites; ainsi, en 2015-2016, le nombre de visites a augmenté de 6,5 %, et ce, sans détérioration des résultats.

La durée de séjour ambulatoire correspond à la durée totale de l'épisode de soins pour les patients qui ne sont pas sur civière. Elle est en moyenne de 4,1 heures. La durée de séjour ambulatoire est nécessairement plus courte que celle sur civière, car l'épisode est habituellement moins complexe pour ce type de clientèle.

Malgré une augmentation des visites dans les urgences du Québec, la durée moyenne de séjour, soit la durée totale de la période de traitement, pour les patients sur civière a diminué d'une heure, passant de 16,7 à 15,7 heures.

Les données de cette année nous montrent que les efforts fournis non seulement dans les urgences, mais aussi au regard des services complémentaires comme la première ligne, des services en santé mentale, du soutien à domicile et des solutions de rechange à l'hébergement ont porté leurs fruits et doivent se poursuivre.

AXE: Services spécialisés

OBJECTIF 6 Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	60 %	100 %

Au 31 mars 2016, 60 % des patients inscrits sur les listes d'attente des différentes modalités d'imagerie médicale l'étaient depuis moins de trois mois. L'écart par rapport à la cible est attribuable au grand volume de demandes pour des échographies et des examens d'imagerie par résonance magnétique, qui représentent ensemble 60 % des demandes en attente en imagerie médicale et qui sont les demandes pour lesquelles l'accessibilité à l'intérieur des délais est un plus grand enjeu.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an	6 309	0

Au Québec, à la fin de l'année financière 2015-2016, 6 309 patients attendaient une chirurgie depuis plus d'un an ; pour 93 % de toutes les demandes, l'attente avait été inférieure à un an. Aux fins de la comparaison, en 2014-2015, la liste provinciale comptait 6 691 patients en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an. En contrepartie, c'est plus de 93 % des demandes de chirurgies qui sont effectuées à l'intérieur de six mois. L'analyse des données nous permet de conclure qu'à priorité égale, ce ne sont pas toujours les demandes les plus anciennes sur la liste d'attente qui sont priorisées. En novembre 2015, une entente a été conclue entre le Ministère et la Fédération des médecins spécialistes du Québec afin d'assurer à la population un meilleur accès aux services dispensés par les médecins spécialistes. Figure dans cette entente l'engagement de la Fédération à ce que les chirurgiens sélectionnent d'abord, à priorité médicale équivalente, les patients en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an.

OBJECTIF 7 Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Pourcentage des personnes de 50 à 74 ans ayant été dépistées pour le cancer colorectal au cours des deux dernières années	Non disponible	40 %

Le résultat pour cet indicateur n'est pas encore connu puisque le premier calcul ne sera fait qu'à la fin de l'année 2016-2017, de façon à couvrir une période de deux années. Toutefois, des actions ont été menées dans le but de faire connaître le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles, appelé test de RSOSi, aux médecins et d'en favoriser la prescription à la population cible.

Ainsi, deux publiereportages rappelant l'importance de prescrire le test tous les deux ans ont été publiés, l'un dans *Le Spécialiste* en décembre 2015 et l'autre dans *Le Médecin du Québec* en novembre 2015, deux revues médicales s'adressant respectivement aux spécialistes et aux omnipraticiens. De plus, une communication a été transmise aux intervenants de la première ligne (dans les directions de santé publique, les départements régionaux de médecine générale, les groupes de médecine de famille et les facultés de médecine), par l'intermédiaire du bulletin *Info-GMF* de décembre 2015, afin de les informer de la disponibilité d'un formulaire unique de prescription pour le test de dépistage de RSOSi. Par ailleurs, dans le cadre de la démarche de mise à niveau des processus cliniques et organisationnels entreprise en décembre 2015 et en mars 2016 dans l'ensemble des unités d'endoscopie digestive, les établissements ont l'obligation de proposer, à la population cible, le test de RSOSi comme examen de première intention en remplacement de la coloscopie de dépistage. Cette nouvelle façon de procéder au dépistage doit s'accompagner d'un enseignement à la clientèle et aux médecins référents.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	61 %	90 %

En 2015-2016, la proportion des patients ayant besoin d'une chirurgie oncologique et ayant été traités à l'intérieur du délai de 28 jours a été de 61 %. Ce résultat représente une légère progression par rapport au résultat de 60 % obtenu en 2014-2015.

L'écart observé entre la cible fixée et le résultat obtenu s'explique notamment par plusieurs facteurs cliniques ayant un effet 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 de santé du patient. Aussi, la Direction générale de cancérologie a entrepris, à l'automne 2015, un travail d'accompagnement visant à

soutenir les établissements dans la révision de leur processus de gestion des listes d'attente pour la chirurgie oncologique. D'autre part, ce ne sont pas tous les cas de cancer qui nécessitent une intervention chirurgicale à l'intérieur du délai de 28 jours. Ainsi, 88 % des patients sont traités par chirurgie oncologique à l'intérieur d'un délai de 56 jours.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Taux de mortalité due au cancer colorectal	29,8 par 100 000 habitants ¹ (augmentation de 0,5)	Diminution de 3,5 décès par 100 000 habitants

1. Ce résultat, qui est le plus récent, date de 2011.

Au 31 mars 2016, le résultat le plus récent du taux ajusté de mortalité due au cancer colorectal date de 2011 ; il s'établit à 29,8 décès par 100 000 habitants. Ce résultat représente une augmentation de 0,5 décès par 100 000 habitants par rapport à celui de 2010, qui était de 29,3 décès par 100 000 habitants. En 2020, on vise que le résultat le plus récent connu à ce moment représente une diminution de 3,5 décès par 100 000 habitants par rapport au résultat de 2010 et qu'il s'établisse donc à 25,8 décès par 100 000 habitants. Mentionnons tout de même que, pour l'année 2016, une projection situe le taux ajusté de mortalité à 29,4 décès par 100 000 habitants.

Par ailleurs, certaines activités ont été menées au cours de l'année 2015-2016 afin de diminuer le taux de mortalité due au cancer colorectal. Leurs effets ne seront toutefois mesurables qu'au regard du résultat final, qui sera présenté en 2020. Parmi ces activités, mentionnons la poursuite de la promotion du recours au test de RSOSi pour le dépistage ou encore la mise à niveau de toutes les unités d'endoscopie digestive du Québec, qui vise la révision et l'optimisation de l'ensemble des processus cliniques, organisationnels et administratifs relatifs à la trajectoire de dépistage et d'investigation du cancer colorectal.

AXE : Sécurité et pertinence

OBJECTIF 8 Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Cibles
Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant un taux d'infections nosocomiales conforme aux taux établis :		
• Diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> (DACD)	87 % ¹	95 %
• Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	93 % ²	95 %
• Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	94 % ³	95 %

1. La méthode utilisée par l'INSPQ pour l'analyse des données du Programme de surveillance des DACD a été révisée en 2015-2016 afin que les taux établis soient plus représentatifs des caractéristiques des installations (nombre de lits, vocation universitaire) et de leur clientèle (âge). Ainsi, un taux a été établi pour chacun des six regroupements d'installations.

2. La méthode utilisée pour analyser les données du Programme de surveillance des bactériémies à SARM a été révisée par l'INSPQ en 2015-2016 afin que les taux établis soient plus représentatifs des caractéristiques de l'installation (nombre de lits). Des taux ont ainsi été établis pour quatre regroupements d'installations.

3. La méthode définie par l'INSPQ pour l'analyse des données du Programme de surveillance des bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse a été utilisée pour la première fois en 2015-2016. Les analyses faites afin de s'assurer de la validité du résultat ont permis de démontrer que ni la mission ni le nombre de chaises en hémodialyse n'avaient un effet significatif sur le taux d'incidence de ces infections. Ainsi, un seul taux a été établi pour l'ensemble des installations.

En 2015-2016, dans 87 % des installations participant au Programme de surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD), soit 77 installations sur 89, le taux annuel d'incidence de ces infections a été inférieur ou égal au seuil établi pour leur groupe d'installations. Bien que la cible ne soit pas atteinte, les données montrent qu'un plus grand nombre

d'installations (5 de plus) ont respecté le taux établi, comparativement à 2014-2015. En outre, le taux d'incidence annuel moyen de DACD calculé pour l'ensemble des hôpitaux participants a diminué de 13 % en 2015-2016 par rapport à 2014-2015 et il constitue le plus faible taux enregistré depuis le début de la surveillance en 2004-2005.

En 2015-2016, 93 % (83/89) des installations participant au Programme de surveillance des bactériémies à SARM respectaient le taux d'incidence ciblé, comparativement à 94 % (84/89) l'année précédente. Cette différence non significative pourrait s'expliquer par l'application de la nouvelle méthode, qui a occasionné des changements dans le regroupement des installations et, conséquemment, des changements concernant les taux établis pour chaque catégorie. L'importance du non-respect de cette cible est réduite par la bonne performance de l'ensemble des hôpitaux participants, le taux moyen annuel calculé pour 2015-2016 ayant diminué de 41 % par rapport à l'année précédente.

Pour l'année 2015-2016, 94 % (44/47) des installations participant au programme de surveillance des bactéries nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse ont respecté le taux établi pour ces infections. Pour cette première année d'expérimentation, le résultat obtenu est très proche de la cible de 95 % inscrite dans le plan stratégique du Ministère.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	Non disponible	80 %

En 2015-2016, on peut considérer que l'indicateur concernant le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements de santé était dans une phase expérimentale puisqu'aucune méthode généralement reconnue ne prévalait pour l'audit de ces pratiques. Dans chaque établissement, on procédait à des observations et on saisissait les données en utilisant sa propre méthode, d'où l'impossibilité de comparer les résultats. Afin de pallier cette déficience, le Comité d'experts sur les infections nosocomiales du Québec a formé un groupe de travail qui doit proposer une méthode commune et déterminer les critères sur lesquels se baseront les audits des pratiques d'hygiène des mains qui seront effectués dans tous les établissements de santé.

OBJECTIF 9 Favoriser les examens et les traitements les plus appropriés afin d'assurer la qualité des soins et d'éviter des interventions inutiles

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Nombre de plans d'action produits dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services ¹	4	12 en 2017

1. Changement du libellé « Nombre de domaines d'examens ou traitements ayant fait l'objet d'une évaluation de pertinence et pour lesquels un plan d'action a été produit » afin que l'indicateur reflète mieux la nature des travaux.

Au 31 mars 2016, le Ministère avait produit quatre plans d'action dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services, en collaboration avec l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Jusqu'à maintenant, ces plans d'action portent uniquement sur le volet de l'usage optimal des médicaments, soit sur la prise en charge des patients atteints de la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'usage à long terme des inhibiteurs de la pompe à protons, le guide en antibiothérapie et la révision du statut d'inscription sans restriction de Lyrica^{MC} et de ses versions génériques dans les listes de médicaments.

De plus, le Ministère a lancé, au cours de l'été 2015, un grand chantier de travail comprenant une série d'actions qui viseront à accroître la pertinence du recours à certains services et à certaines technologies du secteur de la santé, de façon à assurer la qualité des soins donnés à la population québécoise et à favoriser une meilleure utilisation de nos ressources. Plusieurs chantiers reconnus comme prioritaires feront l'objet de plans d'action ministériels pour assurer la mise en application des recommandations de l'INESSS.

AXE: Personnes âgées

OBJECTIF 10 Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Cibles
Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée	Diminution de 0,9 %	Augmentation de 15 %
Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée, ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention	70 %	90 %

Le soutien à domicile est la pierre angulaire des continuums de soins et de services destinés aux adultes des programmes-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Déficience physique, Déficience intellectuelle et Trouble du spectre de l'autisme.

Au 31 mars 2016, une diminution de 0,9 % du nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée a été observée par rapport au résultat du 31 mars 2015. Ainsi, 129 554 personnes ont été desservies en soutien à domicile de longue durée cette année, comparativement à 130 707 au 31 mars 2015. Pour expliquer cette variation, nous avons procédé à l'analyse des données des trois dernières années produites. Celles-ci montrent des variations significatives dans quelques établissements pour l'année 2015-2016. Mais on ne peut en identifier hors de tout doute la raison. Ainsi, le résultat au 31 mars 2015 peut avoir été affecté par plusieurs facteurs qui sont connus, mais dont nous ne pouvons estimer exactement l'effet sur la donnée :

- En raison des moyens de pression des employés du réseau de la santé et des services sociaux, il nous a été signalé que, dans certains cas, les employés avaient cessé de saisir l'information. Une partie de celle-ci a pu être reconstituée.
- Une modification des pratiques de codification des données dans le système d'information sur la clientèle et les services des centres locaux des services communautaires (I-CLSC) a aussi été observée. Cette modification visait à améliorer la qualité des données.
- Par ailleurs, le plan stratégique inclut aussi l'objectif de faire une évaluation et un PSI pour les personnes suivies en SAD. Ainsi, la situation de certains usagers a été réévaluée. Par exemple certains usagers ont pu être pris en charge dans un autre programme, d'autres pourraient être décédés ou des doublons ont pu être identifiés.

Le pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée, ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention est de 70 % au 31 mars 2016, soit 90 390 personnes sur 129 554. Des efforts ont été déployés par les intervenants des établissements de la santé et des services sociaux pour s'assurer que les évaluations et les plans d'intervention soient à jour.

OBJECTIF 11 Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale ¹	43 %	80 %

1. Pour être implanté de façon « optimale », le RLS doit avoir implanté le réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) à au moins 80%.

Les réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) représentent, depuis 2009, le moyen retenu pour mieux coordonner les services à l'intérieur du continuum des services de santé et des services sociaux destinés à la population vieillissante. Pour ce faire, les neuf composantes doivent être implantées au niveau des réseaux locaux de services.

La méthode de calcul des résultats a été revue dans le cadre de la planification stratégique 2015-2020 afin de mesurer la proportion des réseaux locaux de services où l'on observe un taux d'implantation optimale, c'est-à-dire, à au moins 80 %.

Au 31 mars 2016, 43 % des réseaux locaux de services, soit 40 sur 94, avaient implanté de façon optimale leur réseau de services intégrés pour les personnes âgées. Cette année, des orientations ministérielles revoyant la pratique en « gestion de cas » ont été présentées à l'automne.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	31 %	70 %

L'approche adaptée à la personne âgée est le moyen préconisé pour mieux répondre aux besoins des aînés en milieu hospitalier et prévenir la diminution des capacités fonctionnelles. 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.

Au 31 mars 2016, les résultats montrent que 31 % (30/98) des milieux hospitaliers de soins généraux et spécialisés ont implanté l'approche adaptée à la personne âgée. Pour que cette approche soit considérée comme implantée, un milieu hospitalier doit avoir mis en place à 95 % les composantes 1, 2 et 6, et à 65 % les composantes 3, 4 et 5. Cette année, des travaux ont porté sur la composante 6, plus précisément sur les indicateurs de structure, de processus et de résultats visant l'évaluation de la qualité et la mesure de l'implantation de l'approche.

AXE : Personnes vulnérables

OBJECTIF 12 Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Cibles
Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	Diminution de 1,3 % (21 449 usagers)	Augmentation de 15 %
Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ¹ ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	Non disponible ²	À déterminer en 2017

1. Changement du libellé « Pourcentage de décès à domicile chez les personnes suivies par une équipe en soins palliatifs et en soins de fin de vie » afin de préciser le résultat visé.

2. Le résultat n'est pas disponible puisque la collecte des données pour cet indicateur en est actuellement à la phase d'expérimentation dans le réseau.

Avec son plan de développement 2015-2020 sur les soins palliatifs et de fin de vie, le Ministère compte permettre à chaque personne dont l'état le requiert d'obtenir des soins adaptés à ses besoins, et cela dans le respect de ses choix et de ses décisions, quels que soient son âge et sa pathologie.

Au Québec, l'accès aux soins palliatifs à domicile est disponible dans chacun des territoires sociosanitaires du réseau de la santé et des services sociaux. Au 31 mars 2016, 21 449 usagers ont bénéficié de tels services, soit une diminution de 280 usagers (1,3 %) par rapport au résultat de 2014-2015 (21 729 usagers) – qui est l'année de référence. Il est possible que le résultat ait été partiellement affecté par une variation des pratiques de codage dans le système de saisie de données (I-CLSC). Des actions se poursuivent pour améliorer l'organisation des services en soins palliatifs et de fin de vie à domicile.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	804	862 lits ¹ , soit 1 par 10 000 de population

1. Ce nombre prend en compte les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ainsi que le CLSC Naskapi.

Le nombre de lits réservés pour les soins palliatifs s'actualise dans une volonté double de maintenir l'équilibre entre les différents lieux de prestation de services et de consolider les services existants en fonction de 1 lit par tranche de 10 000 habitants. Il tient compte de la planification régionale, des écarts liés au nouveau découpage territorial des centres intégrés et de la capacité philanthropique du milieu.

Au 31 mars 2016, le Québec compte 804 lits réservés pour des soins palliatifs dans différents milieux de soins : centres hospitaliers, maisons de soins palliatifs et centres d'hébergement et de soins de longue durée. Deux établissements ont cependant omis d'enregistrer leurs lits réservés dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes. L'ajout de lits réservés se poursuivra en vue d'atteindre la cible de 862 pour l'ensemble du Québec en 2020.

OBJECTIF 13 Faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Cibles
Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Non disponible	90 jours ¹
Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA, venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	Non disponible	À déterminer en 2016

1. La cible de 90 jours a été déterminée en cohérence avec les orientations ministérielles.

Pour cette année, aucun résultat n'est disponible quant au délai moyen pour que les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) obtiennent un service spécialisé. En 2014-2015, le délai moyen était de 223 jours. Les services retenus dans le calcul de cet indicateur sont l'« adaptation et la réadaptation à la personne » ainsi que l'« intervention comportementale intensive ». La prise en charge rapide des enfants ayant un TSA vise à maximiser leur potentiel de développement. Elle permet également d'éviter l'enracinement des comportements et elle favorise une meilleure gestion de l'anxiété. Le prochain résultat sera connu en 2016-2017.

De même, aucun résultat n'est disponible concernant l'indicateur du pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA, venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail. Un questionnaire a été transmis aux centres intégrés et aux commissions scolaires de l'ensemble du Québec afin de dresser la liste des élèves terminant leur scolarisation. Le premier portrait des jeunes ainsi que les résultats relatifs à la continuité des services seront produits en 2016-2017 pour que le Ministère puisse établir la cible au cours de l'année 2016. Les activités de jour et de soutien à l'intégration au travail peuvent être offertes par les centres intégrés, des organismes communautaires ou des partenaires des réseaux de l'éducation et de l'emploi.

OBJECTIF 14 Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Cibles
Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	3 962	4 600
Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	8 297	12 000

Les services de suivi intensif dans le milieu et de soutien d'intensité variable sont des formes d'organisation des services de soutien offerts dans la communauté. Ils s'adressent particulièrement aux personnes présentant un trouble mental grave et visent le rétablissement de celles qui en bénéficient.

En date du 31 mars 2016, le Ministère avait reconnu 3 962 places pour le suivi intensif dans le milieu et 8 297 places pour le soutien d'intensité variable dans l'ensemble des réseaux territoriaux de services du Québec. Ceci représente un écart de 638 places pour la première forme de suivi en SIM et de 3 703 places en SIV par rapport aux cibles nationales de 2020.

OBJECTIF 15 Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	75 %	90 %

Au 31 mars 2016, le taux d'implantation des services de détection et d'intervention précoce en matière de dépendance offerts par les centres intégrés se situait à 75 %. Ces services visent à ce que soient repérées les personnes qui présentent des comportements à risque ou une dépendance liés soit à la consommation d'alcool ou de drogue, soit à la pratique des jeux de hasard et d'argent; ils visent également à ce que l'intervention auprès de ces personnes pour prévenir ou traiter leur problème se fasse rapidement. L'année 2015-2016 constituait une période d'expérimentation afin de permettre des ajustements.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance	Non disponible	À déterminer en 2016

Au cours de l'année 2015-2016, le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations a poursuivi ses travaux relatifs à l'élaboration d'un modèle de protocole d'intervention, dans le cadre d'un mandat que lui a confié le Ministère. Le dépôt de ce modèle aux établissements de santé et de services sociaux est prévu en 2017, lesquels auront ensuite la responsabilité d'implanter un protocole. La collecte d'informations permettant de mesurer le degré d'implantation des protocoles débutera en 2017-2018.

Durant l'année 2016, le Ministère déterminera, de concert avec les établissements, la cible associée à cet indicateur. Précisons enfin que ces protocoles visent à outiller les intervenants et les décideurs pour qu'ils puissent répondre au mieux à une personne en situation d'itinérance, ou qui risque de connaître une telle situation, lorsqu'elle se présente dans un établissement de santé et de services sociaux ou un organisme communautaire.

OBJECTIF 16 Améliorer le soutien aux familles en situation de négligence

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,34 jeunes sur 1 000	10 jeunes sur 1 000

En 2015-2016, 10,34 jeunes sur 1 000 ont été pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence, ce qui correspond à 15 839 jeunes. Ce résultat représente une augmentation de 0,09 jeunes sur 1 000 par rapport à celui de 10,25 jeunes sur 1 000 obtenu en 2014-2015, lequel correspondait à 15 636 jeunes. L'atteinte de la cible de 10 jeunes sur 1 000 dès cette année aurait permis à 500 d'entre eux d'éviter d'être pris en charge pour cette raison.

La réduction du taux des jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence est possible dans la mesure où les familles aux prises avec une problématique de négligence reçoivent les services appropriés en temps opportun. L'implantation des programmes d'intervention en matière de négligence dans l'ensemble des territoires ainsi que les travaux amorcés en 2015-2016 visent à réduire ce taux.

De plus, l'entrée en vigueur de la LMRSSS a été l'occasion de revoir l'organisation des services offerts aux jeunes et à leur famille, et ce, dans l'objectif d'améliorer la réponse aux besoins, notamment sur le plan de la continuité des services. Elle aura également permis à chaque établissement de dresser le portrait de la situation à l'égard des différents programmes d'intervention en matière de négligence offerts sur son territoire.

L'amélioration de ces programmes se poursuit ainsi que les travaux visant à améliorer l'organisation des services offerts en première ligne et l'accès à ces services.

ENJEU 3

DES RESSOURCES MOBILISÉES VERS L'ATTEINTE DE RÉSULTATS OPTIMAUX

ORIENTATION 3

Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement

AXE : Mobilisation du personnel

OBJECTIF 17 Maintenir la mobilisation du personnel du Ministère en accroissant sa capacité à s'adapter à un contexte ministériel en évolution

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Cibles
Taux de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail	Non disponible	80 %
Taux de mutation	4,74 %	6 %
Certification Entreprise en santé – Élite maintenue	Certification maintenue	Annuellement

Le taux de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail est établi à partir d'un sondage fait tous les trois ans. Le dernier sondage, mené à l'automne 2013, présentait un taux de satisfaction moyen de 77 % pour ces deux sphères activités. Au total, 828 employés du Ministère y avaient participé. Le prochain sondage aura lieu à l'automne 2016. Par ailleurs, chaque membre du personnel est invité à répondre annuellement à un questionnaire portant sur l'appréciation des pratiques de gestion en santé et mieux-être de son supérieur immédiat. En 2016, la proportion des répondants qui ont mentionné être « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec les énoncés portant sur le degré d'appréciation des pratiques de gestion actuelles atteignait 92 %.

En 2015-2016, le taux de mutation du personnel est de 4,74 %, résultat qui représente une diminution par rapport au taux de 2014-2015 (6,47 %). Cet indicateur permet d'apprécier la capacité du Ministère à assurer la rétention et la mobilisation de son personnel.

Le Ministère a été soumis, en février 2016, 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. 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. Parmi les actions mises en œuvre, citons la production d'aide-mémoire sur les meilleures pratiques de gestion, la révision de la politique en matière de harcèlement psychologique (pour y intégrer la prévention et le règlement des situations de conflit) et l'organisation d'une conférence sur le stress.

OBJECTIF 18 Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Cibles
Taux d'heures supplémentaires	3,05 (diminution de 4,1 %)	3,00 (diminution de 5,6 %) ¹
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,83 (diminution de 23,1 %)	2,25 (diminution de 5,5 %) ¹

1. Les cibles représentées en diminution ont été modifiées par rapport au plan stratégique puisque la valeur de l'année complète 2014-2015 (année de référence) n'était pas disponible au moment de sa publication.

En 2015-2016, le taux d'heures supplémentaires était de 3,05, soit une diminution de 4,1 % par rapport au taux de 3,18 établi pour l'année 2014-2015.

En ce qui concerne le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante, le résultat était de 1,83 en 2015-2016, lequel représente une diminution de 23,1 % par rapport au taux de 2,38 en 2014-2015. Ce résultat constitue un dépassement de la cible visée en 2019-2020, qui est de 2,25.

Le Ministère a entrepris, au cours des dernières années, des actions visant à réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante et aux heures supplémentaires dans le réseau. Ces actions, qui ont également été menées dans la perspective d'augmenter la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre, se poursuivent. Malgré le contexte de fusion et de transformation du réseau, le Ministère a quand même enregistré une réduction de la main-d'œuvre indépendante et des heures supplémentaires pour la dernière année.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Ratio d'heures en assurance salaire	6,29 (hausse de 6,1 %)	5,90 (diminution de 0,5 %)

Alors que le maintien du ratio d'heures en assurance salaire de 2014-2015 était escompté en 2015-2016, le résultat de 6,29 représente une hausse de 6,1 % par rapport au ratio de 5,93 établi pour l'année 2014-2015. La santé et sécurité ainsi que la qualité de vie au travail demeurent de vives préoccupations, tant pour le Ministère que pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Dans l'optique d'infléchir la croissance des coûts et d'améliorer la performance, le Ministère et les établissements du réseau se sont dotés d'un plan d'action qui visait à optimiser la gestion du régime d'assurance salaire en permettant le renforcement d'actions ciblées. Par ailleurs, des personnes-ressources fournissent, à l'ensemble du personnel des établissements, un soutien axé sur la formation et l'information afin d'améliorer les processus de gestion en plus d'assurer une vigie des bonnes pratiques en matière de santé et de sécurité au travail.

AXE : Organisation efficiente

OBJECTIF 19 Améliorer la gouvernance et réduire la structure d'encadrement du réseau

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Mise en œuvre de la réforme sur l'organisation et la gouvernance	Atteint	2016

Le 1^{er} avril 2015 entraient en vigueur la plupart des dispositions de la LMRSSS, qui vise l'intégration des services de santé et des services sociaux au sein d'un même établissement afin de faciliter et de simplifier l'accès aux services pour la population, d'améliorer la qualité comme la sécurité des soins et d'accroître tant l'efficacité que l'efficacéité du réseau de la santé et des services sociaux. Dans le but de favoriser l'atteinte de ces objectifs, la LMRSSS simplifie la structure et la gouvernance du réseau. Le présent objectif rend compte des actions déployées par le Ministère afin de soutenir la mise en place de ce dernier élément.

Ainsi, au 1^{er} avril 2015, la mise en œuvre de la réforme sur l'organisation et la gouvernance s'est traduite par la réduction significative du nombre d'établissements publics ainsi que le passage d'une gestion de trois à deux paliers de gouvernance. La haute direction des centres intégrés et des établissements non fusionnés a donc été constituée. Les conseils d'administration de ces mêmes établissements ont quant à eux été formés au début de l'automne 2015. Ils ont été créés au terme d'un processus rigoureux comprenant notamment l'appréciation, par les comités d'experts en gouvernance, des candidatures reçues à la suite d'un appel public en vue de combler les postes de membres indépendants. De plus, le Ministère a offert une formation à l'ensemble des membres des nouveaux conseils d'administration afin de parfaire leurs connaissances en matière de gouvernance et de les sensibiliser au rôle ainsi qu'aux responsabilités d'un administrateur dans le contexte de la réorganisation.

Pour assurer une réorganisation harmonieuse et efficiente, le Ministère :

- a élaboré un cahier des charges à l'intention des présidents-directeurs généraux, de façon à les outiller pour la mise en place des nouveaux établissements publics et à les soutenir dans ce processus ;
- a défini le modèle de structure organisationnelle de la haute direction des centres intégrés, qui se décline en plusieurs versions afin de tenir compte de la réalité et du profil organisationnel variables d'un établissement à l'autre ;
- a établi des mesures de soutien en transition de carrière ainsi que des mesures de soutien et d'accompagnement à la transition. Chaque centre intégré a bénéficié des conseils d'une équipe de soutien à la transformation, dont le mandat était de faciliter la transformation organisationnelle. En outre, compte tenu des particularités des régions de Montréal et de la Montérégie, qui comptent plus d'un établissement, une équipe ministérielle de coordination a été formée pour assurer une coordination des établissements situés sur ces territoires. Tel que cela est prévu dans la LMRSSS, le Ministère a pour sa part favorisé l'intégration, en son sein, d'une centaine d'employés du réseau de la santé et des services sociaux.

Enfin, d'un point de vue clinique, le Ministère a, dans la dernière année, identifié trois objets de travail et trois projets ministériels qui permettront, notamment, d'atteindre les objectifs d'intégration des services, de simplification de l'accès et d'amélioration tant de la qualité que de la sécurité des soins. Les travaux s'y rapportant se poursuivront tout au long de l'année 2016-2017.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Nombre de cadres en équivalent temps complet	9 705 (réduction de 1 434) ¹	Réduction de 1 300 d'ici 2017-2018

1. Ces données sont préliminaires.

En 2015-2016, le nombre d'équivalents temps complet (ETC) pour le personnel d'encadrement dans les établissements visés est estimé à 9 705, ce qui représente une diminution de 1 434 ETC par rapport à 2013-2014 et de 983 ETC en 2015-2016. Ainsi, l'objectif du plan stratégique visant une réduction de 1 300 ETC pour le personnel d'encadrement, par rapport aux 11 139 ETC de l'année 2013-2014, a été atteint cette année.

Cette diminution du nombre d'ETC du personnel d'encadrement vise tant à améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau de la santé et des services sociaux qu'à alléger les structures administratives et la bureaucratie.

La fusion des établissements au 1^{er} avril 2015, consécutive à la mise en application de la LMRSSS, contribue significativement à l'atteinte de l'objectif par les établissements concernés.

OBJECTIF 20 Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Pourcentage des établissements ayant déployé leur salle de pilotage stratégique ¹	Non disponible	100 % d'ici 2018

1. Modification des indicateurs « Pourcentage des établissements ayant mis en place annuellement au moins dix projets de services cliniques et au moins cinq projets administratifs » et « Pourcentage des projets réussis » afin d'assurer le suivi de la mise en place, par l'ensemble des établissements publics de santé et de services sociaux, d'une salle de pilotage stratégique.

Le système de salle de pilotage, dont l'implication des employés et la gestion visuelle sont des éléments majeurs, est gouverné selon une gestion des ressources humaines de proximité et aligné sur un modèle de leadership mobilisateur. Les salles de pilotage intègrent les différentes sphères de gestion afin d'en faire un outil de cohérence décisionnelle favorisant une meilleure gestion de la performance. Ce mode de gestion, prend ses assises notamment sur les expérimentations réalisées dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec financés dans le cadre du Lean santé. Certains établissements utilisent déjà ce système à divers degrés d'implantation.

Au 31 mars 2016, 53 % des établissements avaient reçu la formation de soutien au déploiement d'une salle de pilotage stratégique visant à les accompagner dans la mise en œuvre des recommandations du cadre de référence ministériel sur les salles de pilotage stratégique et tactique. Par ailleurs, les autres établissements ont convenu d'une date pour recevoir une formation soutenant la mise en place d'une salle de pilotage, et ce, conformément aux attentes du cadre de référence du Ministère les salles de pilotage stratégique et tactique.

Le résultat de 2015-2016 n'est pas disponible car le Ministère, en collaboration avec des établissements déjà avancés dans l'implantation d'une salle de pilotage stratégique, travaille à concevoir une grille d'appréciation du degré de déploiement de ces salles qui permettra de rendre compte avec exactitude du résultat.

OBJECTIF 21 Planter les meilleures pratiques selon le financement axé sur le patient

Indicateur	Résultat 2015-2016	Cible
Pourcentage des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvert par le financement axé sur le patient	8,7 %	80 %

Le Ministère s'est engagé dans une réforme importante visant à assurer des soins efficaces, en introduisant le mode de financement axé sur les patients (FAP) pour remplacer celui de type historique, actuellement en vigueur. Le mode de financement historique alloue les ressources en fonction des budgets indexés des années précédentes, ce qui permet un bon contrôle budgétaire. Le FAP met plutôt le patient au centre des activités de l'établissement en vue de la distribution des ressources.

On considère qu'une activité est couverte par le FAP lorsque les ressources attribuées pour cette activité sont réparties en fonction des patients traités, des types de services fournis et du volume de ceux-ci. C'est donc le service rendu aux patients qui détermine le financement qu'obtiennent les établissements de santé.

Au 31 mars 2016, 8,7 % des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale étaient couvertes par le FAP. Ce résultat représente 215 millions de dollars sur un total de 2,46 milliards, dont 1,99 milliard en chirurgie. Le programme d'accès à la chirurgie alloue des montants aux établissements pour les volumes de chirurgies dépassant le seuil de production de 2012-2013. Les volumes de chirurgies inférieurs au seuil de 2012-2013 sont financés à même les budgets historiques des établissements. En ce qui a trait aux services d'imagerie médicale, le FAP n'a pas encore été appliqué et les activités ont donc toutes été financées à même le budget historique des établissements, ce qui explique notamment l'écart par rapport à la cible.

Ajoutons que le mode de financement à l'activité a été introduit en 2015-2016 pour les traitements de radio-oncologie pour un montant de plus de 60 millions de dollars, mais ce dernier n'est pas retenu dans le cadre de cet indicateur. Ainsi, 75,5 % des activités du domaine de la radio-oncologie sont couvertes par le FAP (62,8 millions de dollars sur 83,2 millions).

OBJECTIF 22 Favoriser le partage de l'information concernant les usagers entre les professionnels

Indicateur	Résultats 2015-2016	Cibles
Nombre de cliniciens en première ligne ayant adhéré au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME)	4 887 médecins 999 infirmières	5 200 médecins et 1 000 infirmières d'ici 2016-2017

Le Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique, qui résulte d'une entente conclue entre le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, vise à favoriser l'adoption des dossiers médicaux électroniques par les médecins omnipraticiens. En date du 31 mars 2016, 4 887 médecins et 999 infirmières ont adhéré à ce programme.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Cibles
Pourcentage des installations des établissements publics qui ont une mission de centre hospitalier (CH) et qui peuvent consulter au moins un des domaines de renseignement du Dossier santé Québec	100 %	100 %
Pourcentage des établissements publics ayant mis en place le dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net ¹	Non disponible	100 %

1. Ajout d'un nouvel indicateur au Plan stratégique 2015-2020 puisque le résultat visé pour 2020 « 100 % des installations des établissements publics ayant une mission de centre hospitalier (CH) qui peuvent consulter au moins un des domaines de renseignement du Dossier Santé Québec » a été atteint dès cette année.

La planification du déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ) prévoyait l'atteinte des objectifs au 31 mars 2016, plus particulièrement pour les installations des établissements publics qui ont une mission de centre hospitalier⁴ (CH) et qui peuvent consulter au moins un des domaines de renseignement du DSQ. Cet objectif a été atteint. À cet effet, 100 % des installations visés peuvent consulter au moins un des domaines de renseignement du Dossier santé Québec. Le déploiement du DSQ se poursuit dans les sites manifestant le désir d'accéder aux données s'ils font partie de la liste des sites autorisés.

Déploiement du DCI Cristal-Net

L'orientation structurante consistant à unifier les systèmes d'information utilisés dans les établissements du réseau a été précisée en décembre 2015; l'un de ses éléments clés est le déploiement, sur l'ensemble du territoire québécois, du DCI Cristal-Net. Les travaux menés en priorité, au cours des trois mois suivants, ont permis de définir la structure du projet, de mettre en place la gouvernance, d'établir, pour les établissements, les éléments préalables au déploiement du DCI et de définir les profils de l'équipe affectée au déploiement et à l'opération du DCI. Au 31 mars 2016, le déploiement comme tel n'avait toutefois pas encore débuté.

4. Parmi les sites comptabilisés, les établissements assumant la mission de CH sont représentés par les urgences, les pharmacies d'établissements, les unités de médecine familiale et les cliniques externes. Les CLSC sont pris en considération ici, même s'ils n'ont pas une mission de CH, mais ils font l'objet d'un calcul distinct.

2.2 LE PLAN D'ACTION DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 2009-2015

Cette année, à la suite de l'adoption de la Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020 à l'automne 2015, le Ministère a travaillé à l'élaboration de son nouveau Plan d'action de développement durable 2016-2020.

Comme ce plan n'a pas été adopté avant le 31 mars 2016, les informations qui suivent font état du Plan d'action de développement durable 2009-2015 (mis à jour en 2013). Bien que celui-ci ne contienne pas de cibles pour 2015-2016, plusieurs des actions qui y sont inscrites ont été intégrées au fil du temps dans les activités courantes du Ministère. La présente section portera donc sur les résultats atteints au cours de la dernière année relativement à ces actions et à leurs indicateurs, sans égard aux cibles fixées à l'origine dans le plan ministériel.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 1

INFORMER, SENSIBILISER, ÉDUIQUER, INNOVER

Objectif gouvernemental 1

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

Objectif organisationnel

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

ACTION 1 Sensibilisation et formation des employés du Ministère à la démarche gouvernementale de développement durable

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

Indicateur	Résultat 2015-2016
Taux des personnels ciblés du Ministère ayant suivi une formation traitant minimalement de deux contenus de référence	82 %

Cette année, 225 nouveaux employés ont reçu un courriel de sensibilisation au développement durable les invitant à suivre le module de formation en ligne sur la prise en compte des principes de développement durable. Parmi eux, 57 l'ont fait et ont ainsi pu prendre connaissance de la démarche gouvernementale relative au développement durable sur l'intranet. Ces derniers s'ajoutent aux 272 personnes déjà formées, ce qui porte le taux des personnels ciblés dans le plan de formation au développement durable du Ministère ayant suivi une formation à 82 % (329 personnes sur 400).

De plus, la sensibilisation de l'ensemble du personnel du Ministère au développement durable s'est poursuivie en 2015-2016 par l'entremise de nombreuses activités, dont :

- la tenue d'un kiosque présentant le développement durable, à l'occasion de l'accueil des nouveaux employés;
- la mise à jour et l'enrichissement de la section de l'intranet consacrée au développement durable;

- la mise en ligne, dans l'intranet, d'annonces se rapportant à l'environnement et au développement durable ou aux journées thématiques y étant reliées;
- la vente de plantes de bureau dans le cadre de la Semaine des personnes handicapées et de la Journée internationale de l'environnement;
- 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 2015-2016
Certification «Entreprise en santé – Élite» obtenue	Certification maintenue

Le Ministère a été soumis, en février 2016, 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 9 février 2016.

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-mémoire sur les meilleures pratiques de gestion;
- révision de la politique en matière de harcèlement psychologique pour y intégrer la prévention et le règlement des situations de conflit, puis diffusion de la nouvelle version;
- réalisation du Programme de prévention 2015 en santé et sécurité du travail;
- promotion des infrastructures favorisant l'activité physique et les déplacements actifs;

- réalisation de travaux visant l'amélioration du régime d'aménagement et de réduction du temps de travail par l'ajout de quatre nouvelles options qui permettent de réduire le temps de travail;
- promotion du programme de réintégration au travail et organisation d'une conférence pour les cadres ayant pour thème la gestion de la réintégration au travail;
- organisation de dîners communautaires mettant en vedette les fruits et les légumes;
- organisation d'une conférence sur le stress au travail;
- réalisation du Défi des escaliers.

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 2015-2016
Pourcentage des établissements ayant adopté une politique alimentaire	Non disponible

En 2014-2015, 97 % des établissements avaient adopté une politique alimentaire. Pour 2015-2016, puisque la structure du réseau n'est plus la même, il n'est pas possible de calculer un résultat comparable aux années précédentes. Cependant, la cible que le Ministère avait fixée dans son plan d'action en développement durable a été atteinte en 2014-2015 et il est prévu d'harmoniser des politiques alimentaires en vigueur dans chacun des établissements.

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 2015-2016
Actions permettant de renforcer la qualité et l'efficacité de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé	Poursuite de la mise en œuvre des actions

En 2015-2016, les travaux relatifs à l'élaboration d'une formation sur l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé (EIS) à l'intention des ministères et organismes publics des secteurs autres que celui de la santé se sont poursuivis, de même que la révision du guide méthodologique qui soutient l'approche d'EIS. Il est prévu que la formation et le guide soient testés dans le cadre d'un projet gouvernemental, test qui permettra une analyse approfondie et, espérons-le, une mise à profit de notre instrumentation.

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 2015-2016
Nombre d'activités culturelles et artistiques réalisées au Ministère	6
Nombre d'activités de sensibilisation, d'information, de promotion ou de recherche sur les arts et la culture réalisées par le Ministère	4

En 2015-2016, le Ministère a organisé six activités culturelles ou artistiques. Parmi les activités, trois concerts de la chorale du Ministère ont été offerts aux employés et une conférence liée à la Journée internationale de la femme a eu lieu le 10 mars 2016, où des panélistes ont discuté des enjeux actuels et futurs de la violence faite aux femmes. Aussi, les Journées de la culture ont notamment été célébrées par l'invitation, faite au personnel, à essayer des recettes typiquement québécoises en version santé et la diffusion de capsules d'information sur l'histoire de la médecine au Québec.

En ce qui concerne la promotion des arts et de la culture dans le réseau, elle s'est poursuivie, depuis mars 2015, par la diffusion mensuelle de ces mêmes capsules d'information sur l'histoire de la médecine au Québec. De plus, la chorale du Ministère a offert deux concerts à l'Hôpital du Saint-Sacrement. Enfin, plusieurs organismes communautaires qui offrent des services à des personnes ayant, entre autres, des problèmes de santé mentale ou une déficience physique utilisent des techniques d'art pour réaliser leur mission première, qui concerne la santé et les services sociaux. Parmi ces organismes, on trouve l'Art-Rivé, le Boulev'Art de la Vallée, la Fondation pour l'art thérapeutique et l'art brut du Québec, l'Atelier d'artisanat du centre-ville, le Théâtre Aphasique, les Ateliers Adaptés Stimul'Arts, l'École nationale d'apprentissage par la marionnette et Entr'actes productions artistiques. Au total, ces organismes ont été soutenus à hauteur de 1 637 882 \$ dans le cadre de leur mission globale.

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 2015-2016
Taux de responsables de l'entretien des terrains de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux qui ont mis en pratique certaines suggestions du Guide des bonnes pratiques – Gestion écoresponsable des terrains	Sans objet

Le sondage mené en 2012-2013 a révélé que près de la moitié des gestionnaires interrogés (49 %) avaient mis en pratique une ou plusieurs des suggestions contenues dans le guide des bonnes pratiques sur la gestion écoresponsable des terrains. La cible de 30 % était donc largement dépassée à ce moment. Dans le contexte de la transformation du réseau, l'idée d'envoyer un nouveau sondage à ces gestionnaires n'a pas été retenue en 2014-2015 et, en 2015-2016, il a été décidé de ne plus solliciter les établissements à ce sujet, la cible étant déjà atteinte.

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 2015-2016
Actions permettant une saine gestion environnementale et de meilleures acquisitions écoresponsables	5 actions

En 2015-2016, le Ministère a poursuivi ses activités de saine gestion environnementale par la sensibilisation de son personnel à divers sujets y étant reliés. La sensibilisation aux déplacements collectifs et actifs s'est faite par la promotion de L'abonne BUS, de l'OPUS & Cie, du logiciel de covoiturage et de journées thématiques.

Dans le but de sensibiliser son personnel à la saine gestion des matières résiduelles, le Ministère a fait la promotion de la Semaine québécoise de la réduction des déchets. Par ailleurs, il a dû se questionner sur ses pratiques de gestion des matières résiduelles, compte tenu des changements apportés aux modes de collecte dans l'Administration publique. La réflexion se poursuivra en 2016-2017.

Aussi, le Ministère a adopté un plan de travail pour l'intégration de pratiques écoresponsables aux technologies de l'information. Les mesures prises en 2015-2016 ont notamment permis de mettre fin à l'archivage, sur des disques compacts, des courriels d'un membre du personnel après son départ, ce qui représente une économie d'environ 1 000 disques compacts par année. Le Ministère a également éliminé les rapports d'utilisation des espaces disques de l'ordinateur central, une décision qui permet d'économiser environ 1 000 feuilles de papier par mois. Enfin, le centre de traitement informatique a été rehaussé par la virtualisation des serveurs et la consolidation des services, laquelle a entraîné le délestage de 21 serveurs.

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 2015-2016
Orientation ministérielle en matière de gestion des matières résiduelles adoptée	Travaux en cours pour la diffusion de l'orientation ministérielle

Au cours de l'année 2015-2016, le Ministère a poursuivi ses travaux afin de faire connaître son orientation visant à favoriser l'implantation de plans de gestion des matières résiduelles dans le réseau. Une section à propos de ces plans de gestion a donc été ajoutée dans le Guide de gestion des déchets qui sera diffusé dans le réseau de la santé et des services sociaux.

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 2015-2016
Actions mises en œuvre en matière de retraitement des dispositifs médicaux	Mise en œuvre de diverses actions au cours de l'année

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 cibles 10, 11, 15, 18 et 19 en traitent expressément.

Plusieurs des actions présentées ci-dessous sont accomplies par le Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), dans le cadre du mandat qui lui est confié par le Ministère.

Voici les actions mises en œuvre en matière de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) en 2015-2016 :

- la diffusion du Rapport de surveillance d'incidents et d'accidents en retraitement des dispositifs médicaux 2014-2015, auquel le Ministère encourage les établissements à se référer pour s'assurer qu'ils observent les standards de qualité les plus élevés au regard du RDM et qui est accessible gratuitement sur le site de l'INSPQ ;
- la mise à jour du Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales pour la période 2015-2020 ;
- le traitement, par le centre d'expertise, des 175 demandes relatives à 8 incidents, 158 conseils d'expertise et 9 accidents ;
- le soutien offert au réseau par le centre d'expertise, en collaboration avec le Ministère, pour l'utilisation de la version électronique du formulaire *Rapport d'analyse en RDM*, maintenant intégré au Système d'information pour la sécurité des soins et des services ;
- les formations données par l'INSPQ aux répondants en RDM:
 - la formation en ligne sur l'assurance qualité en retraitement des dispositifs endoscopiques, suivie par trois cohortes depuis avril 2015,
 - la formation en ligne concernant le retraitement des sondes d'échographie et des sondes pour compteur gamma intra-opératoire, février 2016,
 - la formation en ligne sur la démarche à suivre, dans les milieux de soins, en cas de bris dans le processus de retraitement des dispositifs médicaux critiques ou semi-critiques, février 2016 ;
- le suivi, par le centre d'expertise, des déclarations des incidents et des accidents liés au RDM.

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 2015-2016
Critères d'écoresponsabilité à considérer dans les processus d'appels d'offres définis et diffusés	Sans objet

En 2015-2016, il n'y a eu aucun développement quant à la prise en compte, par le Ministère, de critères d'écoresponsabilité dans les processus d'appels d'offres qu'il a définis. L'intégration de tels critères dans les appels d'offres a été faite sur une base volontaire par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, en fonction de leur niveau d'engagement en matière de pratiques écoresponsables.

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 2015-2016
Nombre de projets adoptant les critères d'écoresponsabilité	Sans objet
Modification du Répertoire des guides de planification immobilière (RGPI)	5 guides publiés

En 2015-2016, aucun nouveau projet de construction n'a fait l'objet d'une analyse pour la prise en compte des critères d'écoresponsabilité. Toutefois, un suivi de l'application des critères a été fait aux différentes étapes d'approbation des projets en cours.

Les travaux relatifs à la rédaction des guides du Répertoire des guides de planification immobilière se poursuivent et les critères d'écoresponsabilité s'appliquant aux projets de construction y sont intégrés graduellement. Les cinq guides publiés cette année sont : *Estimation du coût du projet d'immobilisation à l'étape de l'avant-projet*; *Unités d'électrophysiologie cardiaque interventionnelle et d'hémodynamie*; *Unité des technologies de l'information et des communications*; *Unité du bloc opératoire et de la chirurgie d'un jour, incluant la salle de réveil*; *Unité de services de santé et de services sociaux en CLSC*.

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 2015-2016
Taux de valorisation pour les aides à la locomotion	41 %

En 2015-2016, le taux de valorisation des aides techniques à la locomotion (les fauteuils roulants manuels ou motorisés et les bases de positionnement) prêtées aux usagers de tous âges a atteint 41 %. La valorisation comprend la récupération, le nettoyage, la réparation et la réattribution des aides techniques qui ne sont plus utilisées par les usagers, notamment à la suite d'un changement de condition physique ou d'un décès.

Malgré la nécessité de renouveler les aides techniques devenues défectueuses, il demeure possible de valoriser certaines aides techniques et de contribuer ainsi à la protection de l'environnement. Le maintien du taux de valorisation au fil du temps s'explique par la contribution indéfectible des usagers et des centres intégrés ayant un service d'aides techniques.

De plus, l'engagement de tous les acteurs permet également de réaliser des économies substantielles et de contribuer à une saine gestion des fonds publics tout en offrant des aides techniques de qualité qui soient sécuritaires pour les usagers.

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 2015-2016
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
Réduction globale de l'intensité énergétique (gigajoules/m ²)	Financement de projets en économie d'énergie

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 Plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques.

Depuis l'année 2009-2010⁵, le réseau a réalisé des projets d'économie d'énergie avec le soutien du Ministère. Au total, 84 projets ont été approuvés, ce qui représente 214,9 millions de dollars en autorisation d'emprunt. De plus, ces projets auront permis de générer près de 31,4 millions de dollars en économies d'énergie annuelle.

5. Dans les rapports annuels précédents, l'année financière de référence était 2003-2004, ce qui explique que les chiffres semblent plus bas cette année.

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 2015-2016
Pourcentage de la flotte d'ambulances équipées du dispositif de chauffage auxiliaire	80 %

Le dispositif de chauffage auxiliaire est maintenant installé sur la majorité des véhicules en service (plus de 80 % des véhicules, selon les monteurs). 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 le déploiement dynamique (attente sur les coins de rue en milieu urbain). On devrait donc s'attendre à une diminution du nombre de véhicules équipés de ce dispositif au cours des prochaines années.

Parallèlement, une nouvelle technologie permettant la gestion du moteur du véhicule est en émergence. Sa mise en fonction permet de faire démarrer le véhicule automatiquement en fonction de divers paramètres (température, voltage, etc.), aussi bien en hiver (pour le chauffage) qu'en été (pour la climatisation). À ce jour, très peu de ces systèmes ont été installés en raison de certains problèmes éprouvés. Le Ministère va continuer de suivre ce dossier avec intérêt.

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 initiatives⁶

OVT

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 2015-2016
Nombre d'activités de sensibilisation et d'information réalisées par le Ministère	2
Nombre d'activités de mise en commun des expertises réalisées par le Ministère	Aucune

En 2015-2016, le Ministère a entrepris la constitution d'un nouveau réseau de répondants en développement durable afin de remplacer le réseau de répondants régionaux qui avait été mis sur pied par les agences pour promouvoir le développement durable dans les établissements. Par ailleurs, les répondants identifiés ont été invités à promouvoir la Mention d'excellence du ministre en développement durable auprès des établissements et à les inciter à poser leur candidature.

De plus, quatre intervenants en développement durable du réseau ont été consultés au sujet du nouveau plan d'action de développement durable 2016-2020 du Ministère, basé sur la Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020. Certaines modifications ont d'ailleurs été effectuées dans la partie de l'intranet consacrée au réseau en développement durable afin de présenter la nouvelle stratégie gouvernementale.

6. Cette action contribue à la Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires.

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 relatifs à la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2) et les inspections liées à son application.

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

2.3.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux

Au cours de 2015-2016, le Ministère a donné suite à un total de 4 096 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 augmentation de 1 310 communications (47 %) par rapport à 2014-2015.

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

Mode de communication	2014-2015	2015-2016
Appels téléphoniques	1 799 (65 %)	2 811 (69 %)
Courriels	987 (35 %)	1 285 (31 %)
Total	2 786 (100 %)	4 096 (100 %)

La téléphonie demeure le moyen de communication le plus fréquemment utilisé (69 %) pour les demandes de renseignements, devant les courriels (31 %).

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 à 20 h• 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.
- Les demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponse sont transférées dans la boîte vocale des renseignements généraux du Ministère. Le citoyen qui laisse un message devrait recevoir un appel ou un courriel dans un délai de deux jours ouvrables.
- Pour toute demande complexe qui nécessite une recherche ou une communication avec l'unité administrative qu'elle concerne, la réponse est donnée dans les meilleurs délais, conformément aux engagements ministériels.
- Le Ministère assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement

- Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande

- Les citoyens peuvent envoyer leur demande de renseignements par l'intermédiaire du formulaire de Services Québec, au <http://www.gouv.qc.ca/FR/NousJoindre/Pages/accueil.aspx?s=38>. Services Québec répond à ces courriels dans un délai de deux jours ouvrables.
- Les demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponse sont transmises dans la boîte courriel des renseignements généraux du Ministère. Certaines des demandes transmises viennent du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale; il peut s'agir soit de demandes de renseignements, soit de commentaires, soit de plaintes.
- 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.
- Pour les demandes plus complexes qui nécessitent une recherche ou une approbation de l'unité administrative qu'elle concerne, le citoyen est avisé du suivi de sa demande. La réponse lui est donnée dans les meilleurs délais, conformément aux engagements ministériels.

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

Au cours de l'année 2015-2016, les échanges en matière d'adoption internationale ont été maintenus avec les autorités internationales compétentes et de nouvelles relations de travail ont été concrétisées dans le respect de la législation et de la culture des pays concernés.

Au 31 mars 2016, le Ministère comptait 889 dossiers d'adoption ouverts et 210 des 243 dossiers ouverts en 2015-2016 l'ont été par l'intermédiaire d'un organisme agréé.

En 2015-2016, le Ministère a examiné 2 demandes d'agrément et 11 demandes de renouvellement d'agrément faites par des organismes. Au cours de cette même période, le Ministère a ouvert 32 nouveaux dossiers de recherche des origines, soit près de trois fois plus de dossiers qu'en 2014-2015.

En 2015-2016, le Ministère a reçu et analysé 524 demandes, soit 434 demandes d'informations générales, 53 sur l'adoption en Syrie et 37 sur la recherche des origines.

De plus, le Ministère a reçu et analysé 262 demandes de citoyens concernant un projet d'adoption sans l'intermédiaire d'un organisme agréé.

Le Ministère veille à maintenir la qualité de ses interventions pour chacun des dossiers d'adoption internationale et de recherche des origines en s'assurant du suivi rigoureux dans l'application des règles de gestion des dossiers.

Appels téléphoniques

Engagements

- Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec
- Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30
- Réponse la plus rapide possible

Le Secrétariat à l'adoption internationale dispose d'un numéro sans frais (1 800 561-0246). Une réponse téléphonique est assurée du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30.

Le Secrétariat utilise une arborescence téléphonique, laquelle permet de diriger plus rapidement le citoyen vers le service qu'il cherche à joindre. Ainsi, chaque appel est pris en charge dans le souci d'assurer au citoyen le traitement adéquat et rapide de sa demande. Au besoin, des rendez-vous téléphoniques sont planifiés avec le professionnel concerné par une demande.

Le Secrétariat répond quotidiennement aux appels téléphoniques venant d'organismes agréés, d'intervenants du réseau (centres intégrés), mais surtout de citoyens souhaitant obtenir des renseignements ou présenter un projet d'adoption.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement

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

Le Secrétariat assure un suivi rigoureux des démarches d'adoption et doit confirmer, par écrit, la conformité de chacune des étapes du processus d'adoption. Ainsi, il a produit rapidement l'ensemble des lettres requises pour chacun des 889 dossiers d'adoption ouverts.

Le Secrétariat ne dispose pas de système lui permettant de calculer le délai de production des lettres nécessaires au cheminement de ces dossiers. Toutefois, selon les observations et les analyses ponctuelles, le Secrétariat répond, dans la très grande majorité des cas à l'intérieur d'un délai de dix jours ouvrables.

Demandes en personne

Engagements

- Disponibilité pour recevoir les citoyens du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30
- Annonce immédiate de l'arrivée des personnes
- Accueil des personnes qui se présentent sans rendez-vous pour leur offrir de l'aide

Chaque visiteur arrivant au Secrétariat est accueilli par un personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30. Dès que le visiteur arrive, un agent de bureau voit immédiatement à l'annoncer au service approprié.

Les visites sans rendez-vous sont traitées de la même façon que celles avec rendez-vous. L'employé visé est informé de l'arrivée d'un visiteur et, s'il lui est impossible de recevoir ce dernier, des arrangements seront pris.

2.3.3 Les renseignements sur la Loi concernant la lutte contre le tabagisme et les inspections liées à son application

La Direction de l'inspection et des enquêtes (DIE) est responsable, au sein du Ministère, des mandats suivants : appliquer la Loi sur le tabac (RLRQ, chapitre T-0.01) – maintenant Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2) –, appliquer la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (RLRQ, chapitre C-5.2) et assurer les visites d'inspection des résidences privées pour aînés, des salons funéraires ainsi que des laboratoires d'orthèses-prothèses. En

conséquence, la DIE 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. La DIE reçoit aussi les plaintes se rapportant à l'application de ces lois. Le téléphone est le moyen de communication le plus souvent utilisé par ceux qui demandent des renseignements, déposent des plaintes ou commandent du matériel.

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

Mode de communication	Nombre	Délai de réponse moyen
Appel téléphonique	2 715	Sans objet
Courrier électronique	254	1,8 jour
Courrier postal et télécopie	0	0
Total	2 969	Sans objet

En 2015-2016⁷, les agents du service à la clientèle ont répondu à 2 715 appels téléphoniques concernant des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel. Du 1^{er} avril au 31 août 2015, il n'y a eu aucune attente pour 82 % des 1 807 appels entrés par l'intermédiaire du système de gestion des appels et le temps de réponse a été de 27 secondes, en moyenne, pour les autres appels (18 %). La durée moyenne des appels s'élève à 2 minutes 42 secondes. Les données sur le délai moyen de réponse et la durée moyenne des appels n'ont pas été colligées entre le 1^{er} septembre 2015 et le 31 mars 2016 en raison de l'indisponibilité du système de gestion des appels.

Appels téléphoniques

Engagements

- Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec
- Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30
- Réponse la plus rapide possible

- Le numéro sans frais 1 877 416-8222 est en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30. En dehors de ces heures, une boîte vocale enregistre les appels et le personnel y répond dans les meilleurs délais, assurant ainsi la continuité du service à la clientèle, dans le respect de la Déclaration de services aux citoyens.
- En 2015-2016, les agents ont répondu à 2 715 appels téléphoniques visant directement les secteurs d'activité suivants :
 - l'application de la Loi sur le tabac, puis de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (2 658 appels);
 - les salons de bronzage (49 appels);
 - les salons funéraires (5 appels);
 - les laboratoires d'orthèses-prothèses (3 appels).
- Pour l'ensemble des secteurs d'activité, il s'agissait de demandes de renseignements sur les lois et les règlements (71 %), de plaintes liées à leur application (21 %) ou de commandes de matériel (8 %). Au total, les 2 715 appels concernaient directement l'application des lois. Cela représente une augmentation d'environ 14 % par rapport à l'année précédente. Cette augmentation s'explique principalement par l'entrée en vigueur des modifications à la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2) le 26 novembre 2015. En effet, l'assujettissement immédiat de la cigarette électronique à la Loi a engendré plusieurs demandes d'information.

7. Le 28 septembre 2015, la DIE et la Direction des enquêtes ont déménagé dans de nouveaux locaux et le système de gestion des appels utilisé jusqu'à cette date n'a pas pu y être transféré. Les données de gestion ont donc été compilées par le système de gestion des appels du 1^{er} avril au 31 août 2015. Par la suite, une compilation manuelle des appels reçus a été faite, par les agents du service à la clientèle, pour la période allant du 1^{er} septembre 2015 au 31 mars 2016. Afin d'avoir une image complète de l'année 2015-2016, les données présentées ont donc été recueillies à l'aide de ces deux méthodes.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement	<ul style="list-style-type: none">• Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les dix jours ouvrables suivant la réception de la demande
<ul style="list-style-type: none">• La Direction de l'inspection et des enquêtes (DIE) offre à la population la possibilité de demander des renseignements sur la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2) par courrier électronique, à loi-tabac@msss.gouv.qc.ca. En 2015-2016, elle a reçu 254 demandes par ce moyen de communication, soit une augmentation de 32 % par rapport à l'année précédente. Tout comme pour les appels téléphoniques, l'augmentation s'explique principalement par l'entrée en vigueur des modifications à la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2), le 26 novembre 2015, et l'assujettissement immédiat de la cigarette électronique à cette loi. La réponse a été donnée par téléphone dans 15 % des cas et par courriel dans 76 % des cas, et ce, dans un délai moyen de 1,8 jour. Les autres messages (9 %) n'exigeaient pas de réponse.• Par ailleurs, aucune correspondance concernant une plainte en vertu de la Loi sur le tabac (RLRQ, chapitre T-0.01) ou de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2), qui lui a succédé, n'a été reçue par la poste ou par télécopieur au cours de l'année 2015-2016. Par conséquent, et en raison du peu de correspondances reçues par ce mode de communication en 2014-2015, soit cinq correspondances, la DIE en a cessé le suivi.	

2.3.4 Les plaintes

Engagements	<ul style="list-style-type: none">• 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, la personne sera informée de la date à laquelle la réponse lui sera transmise
<ul style="list-style-type: none">• Il faut rappeler 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 faite 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 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 ou au suivi, il recevra les coordonnées du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux.• Lorsque soit Services Québec, soit le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale reçoivent des plaintes ou des commentaires qui s'adressent au Ministère ou qui concernent ses programmes, ces messages sont redirigés vers la boîte vocale ou la boîte courriel du bureau de renseignements du Ministère.• Dans le cas de messages téléphoniques, le bureau de renseignements rend un appel dans un délai de un ou deux jours ouvrables. Lorsqu'il s'agit de courriels ou de lettres, un accusé de réception est envoyé au citoyen, lui mentionnant que sa plainte ou ses commentaires seront transmis au service approprié du Ministère. Le bureau de renseignements transmet effectivement ceux-ci dans le secteur concerné ou au cabinet.	

PARTIE 3

L'UTILISATION DES RESSOURCES

3.1 LES RESSOURCES HUMAINES

La répartition de l'effectif

Au 31 mars 2016, le Ministère comptait 1 033 personnes à son emploi dans un poste régulier ou occasionnel, pour un effectif utilisé de 807,45 en équivalent temps complet (ETC). Les données sur l'effectif utilisé diffèrent de celles qui concernent 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 59 effectifs de plus en 2015-2016 par rapport à 2014-2015 s'explique principalement par l'intégration des employés au moment de la mise en œuvre de la LMRSSS. Le transfert des effectifs et des budgets de la Direction des communications au ministère du Conseil exécutif, en date du 1^{er} avril 2015, explique l'écart négatif obtenu pour la Direction supérieure. Le transfert de la Direction des ressources matérielles ministérielles, qui est passée de la Direction générale des finances, des immobilisations et du budget (DGFIB) à la Direction générale du personnel réseau ministériel (DGPRM), explique en partie l'écart négatif calculé pour la DGFIB et l'augmentation observée pour la DGPRM.

Effectif en poste au 31 mars 2016

Secteurs d'activité ou orientations stratégiques	2014-2015	2015-2016	Écart
Direction supérieure	73	44	- 29
Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité	68	73	5
Direction générale de la santé publique	76	73	- 3
Direction générale des services sociaux	94	111	17
Direction générale des services de santé et médecine universitaire	63	71	8
Direction générale du personnel réseau et ministériel	77	116	39
Direction générale des finances, des immobilisations et du budget	150	140	- 10
Direction générale à la coordination réseau et ministérielle	86	108	22
Direction générale des technologies de l'information	269	277	8
Sous-total	956	1 013	57
Commissaire à la santé et au bien-être	18	20	2
TOTAL	974	1 033	59

L'effectif utilisé au 31 décembre 2015¹

Secteurs d'activité ou orientations stratégiques	2014-2015	2015-2016	Écart
Direction supérieure	55,44	44,05	- 11,39
Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité	50,83	59,39	8,56
Direction générale de la santé publique	55,14	58,46	3,32
Direction générale des services sociaux	67,29	84,67	17,38
Direction générale des services de santé et médecine universitaire	47,66	55,46	7,80
Direction générale du personnel réseau et ministériel	54,38	74,98	20,60
Direction générale des finances, des immobilisations et du budget	112,04	122,97	10,93
Direction générale à la coordination réseau et ministérielle	58,49	80,88	22,39
Direction générale des technologies de l'information	193,18	210,55	17,37
Sous-total	694,45 ETC	791,41 ETC	96,96 ETC
Commissaire à la santé et au bien-être	13,86	16,05	2,19
TOTAL	708,3 ETC	807,46 ETC	99,15 ETC

1. Les données 2015-2016 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 2015-2016, soit la période allant du 1^{er} avril au 31 décembre 2015. La livraison du quatrième trimestre est prévue à la fin de juin 2016.

La formation et le perfectionnement du personnel

La formation et le perfectionnement du personnel constituent une priorité ministérielle. Toutefois, le Ministère doit respecter les mesures administratives en matière de contrôle des dépenses. Au cours de l'année 2015, le nombre d'employés du Ministère a considérablement augmenté à la suite de l'intégration d'employés du réseau de la santé et des services sociaux, dans le cadre de la mise en œuvre de la LMRSSS. Cela explique notamment la réduction, par rapport à 2014, du nombre de jours de formation ainsi que celle des montants alloués par personne. En revanche, le nombre de personnes ayant participé à une formation a augmenté grâce à une offre corporative de formation. Le coût total de la formation a donc été plus élevé cette année, entraînant une hausse des dépenses pour la formation par rapport à la proportion de la masse salariale.

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

Champs d'activité	Année civile 2014	Année civile 2015
Favoriser le développement des compétences	113 844 \$	123 174 \$
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	37 021 \$	36 603 \$
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	27 452 \$	15 826 \$
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	30 504 \$	27 467 \$
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	5 688 \$	15 808 \$

Évolution des dépenses en formation¹

Année civile	2014	2015 ²
Proportion de la masse salariale	0,55 %	0,75 %
Nombre moyen de jours de formation par personne	2,49 jours	1,17 jour
Montants alloués par personne	544 \$	517 \$

1. Le dénominateur pour le calcul du nombre de jours de formation et le calcul des montants alloués par personne est le nombre total d'employés. Il se calcule en personnes et non en ETC. Le total des employés représente tous les employés de l'organisation, incluant les cadres et les administrateurs de l'État, à l'exception des stagiaires et des étudiants.
2. L'évolution des dépenses pour la formation en 2015 est calculée à partir des dépenses de formation admissibles selon la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre (RLRQ, chapitre D-8.3).

Jours de formation selon les catégories d'emploi

Année civile	2014	2015
Cadres	259 jours 3 heures	246 jours 2,5 heures
Professionnels	1 029 jours 6,5 heures	731 jours 1,5 heures
Fonctionnaires	361 jours 3,5 heures	203 jours 5 heures

La planification de la main-d'œuvre

Le nombre de départs à la retraite est plus élevé en 2015-2016 qu'en 2014-2015. En effet, 41 employés ont pris leur retraite au cours de la dernière année financière, contre 23 pendant l'exercice budgétaire précédent. Le taux de départ à la retraite du Ministère se situe tout de même en deçà de celui de l'ensemble des ministères et organismes, selon le calcul des taux de départ à la retraite tirés des données Média du Secrétariat du Conseil du trésor.

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

Année financière	2014-2015	2015-2016
Cadres	4	12
Professionnels	12	17
Fonctionnaires	7	12

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

Les données pour 2013-2014 et 2014-2015 étaient calculées par le système Média⁸ pour les neuf premiers mois de chacune des deux années. En 2015-2016, le calcul a été effectué pour l'année complète à partir des données de la Direction générale adjointe des ressources humaines et ressources matérielles ministérielles. L'augmentation du taux de roulement du personnel régulier (1,35 %) peut s'expliquer par le fait que le résultat porte sur douze mois en 2015-2016, comparativement à des périodes de neuf mois les années précédentes.

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

Année financière	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Taux de départ volontaire	9,13 %	9,4 %	10,75 %

La mobilisation du personnel et le climat de travail

En 2015, le Ministère a intégré la mobilisation du personnel dans son plan stratégique 2015-2020. L'objectif visé dans ce plan est de maintenir la mobilisation du personnel en accroissant sa capacité à s'adapter à un contexte ministériel en évolution. Par ailleurs, le plan stratégique a fait l'objet d'une présentation détaillée s'adressant à l'ensemble du personnel, et ce, afin de favoriser une participation soutenue à l'atteinte des objectifs prioritaires dans un contexte marqué par une transformation majeure.

L'évaluation annuelle portant sur l'appréciation des pratiques de gestion en santé et mieux-être du supérieur immédiat, qui s'est tenue en février 2016, a connu un taux de participation exceptionnel de 85 %. Cela montre l'intérêt du personnel à s'engager dans la démarche d'amélioration continue de ces pratiques. De façon générale, les pratiques de gestion en santé et mieux-être qui ont cours au Ministère obtiennent de très bons résultats. Parmi les points forts, on souligne, notamment, la prise en compte de l'équilibre entre le travail et la vie personnelle dans les pratiques de gestion, le fait de favoriser les relations respectueuses entre collègues de travail, l'autonomie des employés ainsi que la reconnaissance de leurs compétences et des efforts qu'ils ont déployés. Par ailleurs, les données de cette évaluation montrent une amélioration significative au regard de l'énoncé portant sur la contribution du supérieur immédiat à créer un climat de travail agréable dans l'équipe : la proportion des personnes à avoir répondu être « tout à fait d'accord » avec cet énoncé a augmenté de 4 % en une année.

De plus, l'organisation d'une activité pour la rentrée a donné l'occasion aux ministres et au sous-ministre de rencontrer le personnel du Ministère. Cette rencontre annuelle, qui fait salle comble année après année, 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.

8 Système utilisé par le Secrétariat du Conseil du trésor.

Il faut également mentionner que la politique en matière de harcèlement psychologique a été révisée pour y intégrer la prévention et le règlement des situations de conflit. Cette politique énonce les orientations du Ministère à l'égard du harcèlement psychologique, lesquelles misent notamment sur :

- l'importance de la civilité au travail, et celle de la prévention et de la gestion des conflits;
- la responsabilisation des personnes quant au maintien et à l'amélioration de leur climat de travail;
- le règlement à l'amiable des situations problématiques.

La politique a été présentée aux gestionnaires à l'occasion des réunions des comités de direction et ces derniers en font la promotion auprès de leurs employés.

Enfin, la présentation du bilan des actions en santé et mieux-être menées en 2015 a suscité un grand intérêt (80 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 pour l'année à venir. D'autre part, 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. Pour ce faire, les employés bénéficient également d'une tribune permanente, à laquelle ils accèdent par l'intermédiaire d'une adresse courriel ou des membres du Comité de santé et mieux-être qui les représentent.

Les règles pour les bonis au rendement

L'article 8 de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette (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 2014-2015.

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

Bonis au rendement accordés en 2015-2016 pour la période d'évaluation du rendement allant du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015

Catégorie d'emploi	Nombre de bonis au rendement	Montant total (000 \$)
Cadres	0	0
Cadres juridiques	0	0
Titulaire d'un emploi supérieur à temps plein	0	0
Total	0	0

3.1.1. L'accès à l'égalité en emploi

Les données globales

L'année 2015-2016 a été marquée par une augmentation de l'embauche au Ministère. L'embauche totale de la dernière année s'élève à 276 nouveaux employés, dont 151 réguliers, comparativement à 121 embauches totales l'an dernier. Cette augmentation est attribuable au dégel de l'embauche, le 1^{er} avril 2015, ainsi qu'à l'intégration d'employés du réseau après l'adoption de la LMRSSS.

Nombre total des personnes embauchées, selon le statut d'emploi, au cours de la période 2015-2016

	Régulier	Occasionnel	Étudiant	Stagiaire
Nombre total de personnes embauchées	151	55	57	13
Nombre d'employés réguliers en poste au 31 mars 2016	981			

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 2015-2016, 18 membres de groupes cibles ont été recrutés, ce qui correspond à 7 % de l'embauche incluant tous les statuts d'emploi. L'écart entre les résultats de l'embauche en 2015-2016 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.

Taux d'embauche des membres des groupes cibles en 2015-2016

Statuts d'emploi	Embauche totale 2015-2016	Communautés culturelles	Anglophones	Autochtones	Personnes handicapées	Total par statut d'emploi	Taux d'embauche par statut d'emploi
Régulier	151	6	0	1	0	7	5 %
Occasionnel	55	3	1	1	1	6	11 %
Étudiant	57	2	1	0	1	4	7 %
Stagiaire	13	1	0	0	0	1	8 %

Au 31 mars 2016, l'effectif régulier du Ministère comprenait 8 % de membres de communautés culturelles, chiffre qui se situe près du taux de représentativité de 9 % visé par le gouvernement. Le taux de représentativité des personnes handicapées était quant à lui de 1 % de l'effectif régulier, alors que le taux visé par le gouvernement est établi à 2 %.

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

Statuts d'emploi	2013-2014 (%)	2014-2015 (%)	2015-2016 (%)
Régulier	15	14	5
Occasionnel	14	6	11
Étudiant	13	8	7
Stagiaire	22	19	8

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 2016	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total en 2016	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
Communautés culturelles	78	8 %	71	8 %	73	8 %
Autochtones	7	1 %	4	0,4 %	4	0,4 %
Anglophones	6	1 %	6	1 %	7	1 %
Personnes handicapées	9	1 %	9	1 %	9	1 %

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, résultats par catégorie d'emplois au 31 mars 2016

Groupes cibles	Personnel d'encadrement		Personnel professionnel		Personnel technique		Personnel de bureau		Personnel des agents de la paix		Personnel ouvrier		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Communautés culturelles	0	0	55	9	17	10	6	6	0	0	0	0	78	8
Autochtones	0	0	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1
Anglophones	1	1	3	1	2	1	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 2016, les femmes représentaient 71 % des nouvelles embauches pour l'ensemble des statuts d'emploi. En ce qui a trait au personnel régulier, 76 % des personnes embauchées en 2015-2016 sont des femmes.

Taux d'embauche des femmes en 2015-2016 par statut d'emploi

	Personnel régulier	Personnel occasionnel	Personnel étudiant	Personnel stagiaire	Total
Nombre de femmes embauchées	114	42	31	9	196
Pourcentage par rapport au nombre total de personnes embauchées en 2015-2016	76 %	76 %	54 %	69 %	71 %

Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2016

	Personnel d'encadrement	Personnel professionnel	Personnel technicien	Personnel de bureau	Personnel des agents de la paix	Personnel ouvrier	Total
Nombre total d'employés réguliers	103	596	173	109	0	0	981
Nombre de femmes ayant le statut d'employée régulière	53	363	104	102	0	0	622
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	51 %	61 %	60 %	94 %	0 %	0 %	63 %

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

Le Ministère est soucieux de se 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, le Ministère a 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, un projet a été présenté 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 2013 (cohorte 2014)	Automne 2014 (cohorte 2015)	Automne 2015 (cohorte 2016)
0	2	1

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

2013-2014	2014-2015	2015-2016
0	0	1

Autres mesures ou actions en 2015-2016 (activités de formation de gestionnaires, activités de sensibilisation, etc.)

Mesure ou action	Groupe cible visé	Nombre de personnes visées
Aucune	–	–

3.1.2. Renseignements relatifs au contrôle des effectifs

Le Conseil du trésor a fixé, pour l'exercice financier 2015-2016, la cible de 1 058 ETC pour le Ministère, le Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que le Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux.

Répartition de l'effectif

Catégories		ETC au 31 décembre 2015	Nombre d'employés au 31 mars 2016
1	Personnel d'encadrement	94,79	108
2	Personnel professionnel	464,35	611
3	Personnel infirmier	0	0
4	Personnel enseignant	0	0
5	Personnel de bureau technicien et assimilé	247,48	313
6	Agents de la paix	0	0
7	Ouvriers, personnel d'entretien et de services	0,82	1
Sous-total		807,45	1 033
8	Étudiants et stagiaires ¹	N/A	31
Total		807,45	1 064

1. Les étudiants et les stagiaires ne sont pas soumis au contrôle de l'effectif réalisé par le Conseil du trésor.

3.1.3. Renseignements relatifs aux contrats de services

Au cours de l'année 2015-2016, 84 contrats de services conclus par le Ministère ont entraîné une dépense de 25 000 \$ et plus chacun. Parmi ces contrats, 12 ont été conclus avec une personne physique; ils ont représenté 4,7 % des sommes totales dépensées pour les contrats de services de plus de 25 000 \$. Les 72 autres ont été signés avec des contractants autres qu'une personne physique et ils représentaient 95,3 % des sommes octroyées pour les contrats de services de plus de 25 000 \$. La hausse significative du nombre de contrats octroyés en fonction de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (RLRQ, chapitre G-1.011) s'explique par sa période d'application. En effet, cette loi étant applicable du 1^{er} janvier 2015 au 31 mars 2016, les autorisations ont dû être demandées au dirigeant, conformément à l'article 16, durant toute la période 2015-2016 alors que, pour 2014-2015, elles ont dû être demandées pour une période de trois mois seulement, soit du 1^{er} janvier 2015 au 31 mars 2015.

Contrats de services dont le montant est de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	12	654 514 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	72	13 341 370 \$
Total des contrats de services	84	13 995 884 \$

1. Que cette personne physique soit en affaires ou non.

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

3.2 LES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES DU MINISTÈRE AINSI QUE LE FONDS DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le Ministère

La dépense probable pour l'année 2015-2016 du Ministère, de l'Office des personnes handicapées du Québec et de la Régie de l'assurance maladie du Québec s'élève à 32 964,1 millions de dollars. Cette dépense se répartit entre les quatre programmes détaillés ci-dessous.

Les fonctions de coordination : programme 01
136,5 millions de dollars

Le programme 01, portant sur les fonctions de coordination, 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. De plus, il vise à permettre la participation de la population à la définition de ses besoins ainsi qu'à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux.

Les services dispensés à la population : programme 02
22 768,5 millions de dollars

Le programme 02 sert à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis par la Politique de la santé et du bien-être et qui répondent aux besoins de l'ensemble de la population ou à des problématiques particulières.

L'Office des personnes handicapées du Québec : programme 03
12,5 millions de dollars

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
10 046,5 millions de dollars

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.

L'écart budgétaire par programme

Le tableau suivant présente le budget de dépenses du Ministère en 2015-2016 pour chacun des programmes ainsi qu'une comparaison entre la dépense réelle en 2014-2015 et la dépense probable pour l'exercice 2015-2016.

Dépenses et évolutions par secteur d'activité¹

Secteur d'activité	Budget de dépenses 2015-2016 (000 \$)	Dépenses probables 2015-2016 (000 \$) ²	Dépenses réelles 2014-2015 (000 \$) ³	Écart (000 \$)	Variation (%)
01 Fonctions de coordination	134 574,2	136 540,4	114 866,3	21 674,1	5,9
02 Services dispensés à la population	22 842 587,3	22 768 507,0	22 696 153,4	72 353,6	0,3
03 OPHQ	12 545,9	12 545,9	11 386,8	1 159,1	10,2
04 RAMQ	9 860 983,1	10 046 529,3	9 390 565,5	655 963,8	7,0
TOTAL	32 850 690,5	32 964 122,6	32 212 972,0	751 150,6	2,3

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

2. Dépenses probables.

3. Les dépenses réelles de 2014-2015 ont été reclassées pour tenir compte des changements dans la structure budgétaire des programmes-services en 2015-2016.

La dépense réelle du Ministère se chiffrait à 32 212,9 millions de dollars pour l'exercice 2014-2015. La dépense probable pour 2015-2016 est évaluée à 32 964,1 millions de dollars; elle représente une croissance de 2,3 % par rapport à l'année précédente. L'écart entre la dépense réelle en 2014-2015 et la dépense probable en 2015-2016 est analysé sommairement en faisant ressortir les causes les plus importantes :

- Pour les fonctions de coordination, la dépense probable en 2015-2016 est supérieure de 21,7 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2014-2015. Cet écart est principalement attribuable au transfert, vers le Ministère, de certaines fonctions dévolues antérieurement aux agences de la santé et des services sociaux, dans le cadre de la révision de la structure et de la gouvernance. Il comprend également l'impact des efforts importants découlant de la mise en place des mesures de contrôle des dépenses pour l'exercice 2014-2015.

- Pour les services dispensés à la population, la dépense probable en 2015-2016 excède de 72,4 millions de dollars la dépense réelle en 2014-2015. Cette croissance est principalement attribuable aux ajustements salariaux découlant des conventions collectives, à la variation du service de la dette, à l'augmentation du budget dédié au système du sang, au coût de système spécifique, au financement d'espaces additionnels à la suite de travaux de construction et aux ententes avec les régions nordiques.

Des mesures de réduction ont aussi été appliquées, notamment celles qui découlent de la révision de la gouvernance du réseau et de l'amélioration de la pertinence des soins et des services en santé physique. De plus, certains coûts de croissance, dont ceux qui sont reliés aux médicaments ou aux fournitures médicales, ont été autofinancés par les établissements de santé et de services sociaux.

- Pour la RAMQ, la dépense probable en 2015-2016 augmente de 655,9 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2014-2015. 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.

Le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS)⁹

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 2015-2016 (en millions de dollars)

Produits	Prévisions
Contribution santé et hausse d'impôt	1 148
Affectation d'une partie des transferts fédéraux pour la santé	389
TOTAL – Produits	1 537

Charges du FINESSS en 2015-2016 (en millions de dollars)

Accès aux services de première ligne

Charges	Prévisions
Plan d'investissement pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées	301
Plan d'accès en déficience intellectuelle et physique	32
Groupes de médecine de famille (GMF)	116
Infirmières praticiennes spécialisées	19
Sous-total	468

9. Données probables.

Accès aux services et accroissement des volumes

Charges	Prévisions
Accès à la chirurgie et évolution de pratique en chirurgie	184
Chirurgie d'un jour	48
Fonctionnement des nouvelles installations	44
Soins oncologiques	140
Dialyse	163
Sous-total	579

Autres mesures d'accès aux services

Charges	Prévisions
Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	173
Inhalothérapie	142
Ergothérapie	94
Électrophysiologie	52
Soins palliatifs	23
Sous-total	484

Soutien à l'amélioration de la performance

Charge	Prévision
Projet Lean, soutien à l'optimisation et autres	6
Sous-total	6

Total des charges du FINESSS

TOTAL – Charges	1 537
------------------------	--------------

3.2.1. La politique de financement

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 la présente 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.

Revenus et coûts estimés totaux

Revenus estimés totaux pour 2015-2016	Coûts estimés totaux pour 2015-2016
12,48 M \$	11,26 M \$

Revenus et coûts estimés détaillés

La vente de permis

Revenus estimés pour 2015-2016	Coûts estimés pour 2015-2016
1,94 M \$	0,72 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 2015-2016	Coûts estimés pour 2015-2016
0,24 M \$	0,24 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 2015-2016	Coûts estimés pour 2015-2016
10,30 M \$	10,30 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

Revenus et coûts estimés totaux

Le réseau de la santé et des services sociaux a des revenus de tarification annuels d'un peu plus de 1,6 milliard de dollars provenant de plusieurs sources.

Les revenus et les coûts estimés totaux

Revenus estimés totaux pour 2015-2016	Coûts estimés totaux pour 2015-2016
1 614,9 M \$	4 856,8 M \$

Revenus et coûts estimés détaillés

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

Revenus estimés pour 2015-2016	Coûts estimés pour 2015-2016
858,0 M \$	4 374,4 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 de son hébergement. 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 vient 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 2015-2016	Coûts estimés pour 2015-2016
52,0 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 2015-2016	Coûts estimés pour 2015-2016
222,5 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 Canada¹⁰.

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 fournis¹¹.

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 2015-2016	Coûts estimés pour 2015-2016
482,4 M \$	482,4 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 1 247,5 millions de dollars pour l'année 2015-2016. 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.

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

11. Par exemple, les établissements facturent les services de santé fournis aux travailleurs accidentés à la Commission des normes, de l'équité, 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.

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 2015-2016 n'étant pas disponibles, les données de 2014-2015 sont présentées ici. Il faut également souligner que les particuliers contribuent à hauteur de 26 M\$ sur l'ensemble des coûts.

Revenus et coûts totaux

Sommaire des revenus et des coûts totaux

Revenus en 2014-2015	Coûts en 2014-2015
109,0 M\$	628,0 M\$

Revenus et coûts détaillés

Revenus de tarification 2014-2015

Sources de financement	Montants
Établissements du réseau (transport inter établissements)	66,0 M\$
Ministère du Travail, 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)	2,0 M\$
Particuliers	26,0 M\$
Sous-total – Revenus de tarification	109,0 M\$

Coûts en 2014-2015

Sources de financement	Montants
Revenus de tarification	109,0 M\$
Ministère de la Santé et des Services sociaux (subvention)	519,0 M\$
Total	628,0 M\$

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 (volet « réseau »).

Volet « ministère »

Dépenses et investissements prévus et réels¹ en ressources informationnelles pour 2015-2016

Activités et projets	Dépenses et investissements prévus (000 \$)	Dépenses et investissements réels (000 \$)	Écart entre la planification et le réel (000 \$)
Activités d'encadrement	4 182	5 445	1 263
Activités de continuité	4 416	3 003	- 1 413
Projets	5 300 ²	1 416	- 3 884
Dépenses et investissements en ressources informationnelles	13 898	9 864	- 4 034

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

2. Les dépenses et les investissements prévus attribués aux projets incluent une provision de 711 000 \$.

L'écart négatif de 4 034 000 \$ entre le montant des dépenses et des investissements prévus et celui des dépenses et des investissements réels au regard des ressources informationnelles s'explique par un exercice de priorisation des projets qui a conduit à la révision de la portée de certains projets et au report en 2016-2017 de la réalisation d'autres projets. En outre, certains projets ont coûté moins cher que prévu.

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 2015-2016, le Ministère a entrepris certains projets informatiques. Mentionnons :

- le développement des projets reliés à la migration des serveurs SQL, dont l'avancement se situe à 80 % ;
- la mise à niveau du client Notes, avancée à 92 %.

Le Ministère a également poursuivi ou complété plusieurs mandats déjà entrepris avant le 1^{er} avril 2015, tels que :

- le plan de délestage Notes, avancé à 78 % ;
- la phase 5 du registre des techniciens ambulanciers et paramédics, qui est complétée (100 %) ;
- l'intégration et la mise à niveau des serveurs Domino MSSS, complétées (100 %) ;
- le regroupement des évolutions de systèmes 2014-2015, qui est complété (100 %) ;
- le système d'information – Programme québécois d'adhésion des dossiers médicaux électroniques (SI-PQADMÉ) – Livraison 2 – projet, complété (100 %) ;
- le système d'inspection, utilisé pour la gestion des plaintes et des inspections reliées aux domaines du tabac et des résidences privées pour personnes âgées, qui est complété (100 %) ;

- la refonte du référentiel des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, elle aussi complétée (100 %);
- le remplacement de l'applicatif Service Clientèle en Ligne, complété (100 %);
- la migration Windows 7, également complétée (100 %).

Liste et état d'avancement des projets en ressources informationnelles¹ pour 2015-2016

Liste des projets	Avancement	Ressources financières prévues (000 \$)	Ressources financières utilisées (000 \$)	Explications sommaires des écarts
Fusion des annuaires Active Directory (AD)	2 %	95	23	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2016-2017
Services sans fil (Wi-Fi)	8 %	239	16	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2016-2017
Mise en place d'un Mobile Device Manager (MDM)	0 %	400	0	Les travaux sont reportés en 2016-2017
Salle de visioconférence (MSSS)	0 %	200	0	Les travaux sont reportés en 2016-2017
Adaptation des systèmes – Migration des serveurs SQL 2012	80 %	239	75	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2016-2017
Adaptation des systèmes – Migration Windows Server 2008	32 %	239	94	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2016-2017
Adaptation des systèmes – Migration iChain	53 %	361	198	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2016-2017
Mise en place des infrastructures au 405 Ogilvy en lien avec le Réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM)	0 %	85	0	Projet annulé
Mise à niveau des serveurs Windows 2003 du MSSS	18 %	283	6	Un dossier justificatif a été produit. L'échéancier des travaux à réaliser a été revu et une partie des activités a été reportée en 2016-2017
Registre des techniciens ambulanciers et paramédics – phase 5	100 %	209	34	Projet terminé le 14 juillet 2015

Suite du tableau ➔

Liste des projets	Avancement	Ressources financières prévues (000 \$)	Ressources financières utilisées (000 \$)	Explications sommaires des écarts
Rehaussement des infrastructures de télécommunications du 1005 et du 1075, ch. Sainte-Foy	5 %	236	1	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2016-2017
Mise à niveau du client Notes	92 %	47	58	Aucun écart
Intégration et mise à niveau des serveurs Domino MSSS	100 %	36	15	Projet terminé le 31 mars 2016
Regroupement des évolutions de systèmes 2014-2015	100 %	258	138	Projet terminé le 17 septembre 2015
Système d'inspection multidomains	3 %	212	22	Le projet a été en suspens durant l'année. L'écart s'explique principalement par le ralentissement des travaux et l'étalement de l'échéancier
SI-PQADMÉ – Livraison 2	100 %	52	18	Projet terminé le 10 décembre 2015
Système d'inspection	100 %	7	9	Projet terminé le 30 avril 2015
Refonte du référentiel des établissements du RSSS (Gestion des permis) – Phases 1 et 2	100 %	71	53	Projet terminé le 31 octobre 2015
Remplacement de l'applicatif Service Clientèle en ligne	100 %	0	9	Projet terminé le 30 juin 2015
Plan de délestage Notes	78 %	415	421	Aucun écart
Système de suivi de la procréation assistée (L08) – Phase 2	0 %	25	0	Le projet a été mis en suspens et n'a pas fait l'objet d'une nouvelle priorisation.
Migration Windows 7	100 %	882	224	Projet terminé le 31 décembre 2015
Total		4 589 ²	1 416	

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

2. Le total des ressources financières prévues aux projets exclut une provision de 711 000 \$.

L'écart entre le montant des ressources financières prévues et celui des ressources financières utilisées s'explique principalement par la priorisation des projets, laquelle a conduit à la révision de la portée de certains projets et au report en 2016-2017 de la réalisation d'autres projets.

Le détail de l'information pour les projets en cours est consultable dans le Tableau de bord en ressources informationnelles du gouvernement du Québec, à l'adresse suivante : <https://www.tableaubordprojetsri.gouv.qc.ca/tableau-de-bord>.

Volet «réseau»

Le Ministère assure la gestion globale des 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.

Dépenses et investissements prévus et réels¹ assumés par le Ministère pour les projets en ressources informationnelles à l'intention du réseau² pour 2015-2016

Activités et projets	Dépenses et investissements prévus (000 \$)	Dépenses et investissements réels (000 \$)	Écart entre la planification et le réel (000 \$)
Activités d'encadrement	9 235	8 037	- 1 198
Activités de continuité	215 507	194 915	- 20 592
Projets	38 851	11 200	- 27 651
Dépenses et investissements en ressources informationnelles	263 593	214 152	- 49 441

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.

L'écart de 49 441 millions de dollars entre le montant des dépenses et des investissements prévus et celui des dépenses et des investissements réels au regard des ressources informationnelles s'explique principalement par la réalisation à moindre coût des activités de continuité et le report en 2016-2017 de la réalisation de certains projets.

Le Dossier Santé Québec

Le Dossier Santé Québec (DSQ), un outil électronique de partage sécurisé de certains renseignements de santé, permet la consultation de ceux-ci par les cliniciens et autres professionnels de la santé autorisés, quel que soit le lieu où le service est fourni. La Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (RLRQ, chapitre P-9.0001) prévoit que le DSQ collecte, conserve et permet la consultation de renseignements de santé dans six domaines : médicament, laboratoire, imagerie médicale, immunisation, allergie et intolérance, sommaire d'hospitalisation. Conformément à la planification actualisée du projet, la mise en œuvre du DSQ est avancée à 85 %. Il est possible de suivre l'évolution de l'implantation du DSQ en consultant le www.dossierdesante.gouv.qc.ca.

Le branchement des sites cliniques pour l'alimentation des domaines « médicament », « laboratoire » et « imagerie médicale » s'est poursuivi tout au long de l'année 2015-2016. Au 31 mars 2016 :

- l'ensemble des pharmacies communautaires alimente le DSQ et a accès aux renseignements que celui-ci contient, permettant à plus de 5,9 millions de Québécois d'y avoir un profil médicament;
- 123 des 126 laboratoires d'établissements publics alimentaient le domaine « laboratoire », ce qui représente 99,4 % du volume des analyses de biologie médicale produites par les laboratoires publics au Québec;
- 95 des 155 sites d'établissements publics rendent les examens d'imagerie médicale accessibles pour consultation dans le DSQ. Cela représente 64,8 % du volume des examens d'imagerie médicale produits par les sites publics d'imagerie médicale au Québec.

En 2015-2016, les cliniciens ont consulté en plus grand nombre et plus fréquemment qu'auparavant les renseignements de santé inscrits dans les 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, 2 578 sites

cliniques (cliniques médicales, groupes de médecine de famille, unités de médecine familiale, urgences et centres locaux de services communautaires, notamment) parmi les 2 659 sites déployables (soit 97 %), sur un total de 3 373 sites recensés, sont branchés au DSQ en date du 31 mars 2016. Ces statistiques comprennent les sites publics de première ligne ainsi que les sites publics des deuxième et troisième lignes, par exemple les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres de santé mentale, les centres de réadaptation et les centres de soins palliatifs.

Au 31 mars 2016, 46 953 dispositifs d'accès au DSQ sont actifs et ont été distribués à 15 469 médecins, 15 414 infirmières, 8 084 pharmaciens et 7 986 autres intervenants autorisés, permettant ainsi d'atteindre et de dépasser la cible initiale de 35 756 convenue avec Inforoute Santé du Canada.

En ce qui concerne le domaine « immunisation », le déploiement du registre de vaccination a débuté en juin 2014 et il se poursuit, en 2016-2017, 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 2016, les dépenses totales pour le DSQ s'établissaient à 499,8 millions de dollars, par rapport à des investissements prévus, au terme du projet, de 562,6 millions de dollars. Le tableau suivant présente la répartition révisée en 2015-2016 du budget du projet, la contribution attendue d'Inforoute Santé du Canada, celle du gouvernement du Québec, de même que le montant des dépenses réelles au 31 mars 2016.

Dossier Santé Québec : contour financier et dépenses

Projets liés au DSQ	Propriétaires	Contour financier du budget 2015-2016 (M \$)	Contribution attendue d'Inforoute Santé du Canada (M \$)	Contribution du Québec (M \$)	Dépenses au 31 mars 2016 (M \$)
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	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	115,7	71,9	43,8	99,0
Index patient maître	CIUSSS de la Capitale-Nationale	22,1	10,0	12,1	22,1
SécurSanté (initialement appelé Infrastructure à clé publique)	RAMQ	24,3	–	24,3	22,5
Médicament	RAMQ	52,1	40,1	12,0	37,6

Suite du tableau ➔

Projets liés au DSQ	Propriétaires	Contour financier du budget 2015-2016 (M \$)	Contribution attendue d'Inforoute Santé du Canada (M \$)	Contribution du Québec (M \$)	Dépenses au 31 mars 2016 (M \$)
Registres des intervenants et des usagers	RAMQ	22,1	10,0	12,1	22,1
Réseau de services intégrés pour les personnes âgées	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	2,0	2,0	0,0	2,0
Santé publique (Panorama)	INSPQ	23,6	17,1	6,5	20,9
Télésanté	CIUSSS de la Capitale-Nationale	43,6	21,0	22,6	35,9
Visualiseur du dossier de santé électronique, Dossier de santé électronique et domaine « laboratoire »	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	110,2	91,3	18,9	102,5
Coûts des activités communes					
• Intérêts		19,4	–	19,4	10,5
• Administration		20,0	–	20,0	20,0
• Architecture, gestion de projets et gestion du changement		21,8	13,3	8,5	21,6
• Mise en œuvre et déploiement régional, et Réseau de soutien et de valorisation par les pairs		53,9	3,2	50,7	49,5
• Évaluation des bénéfices		0,9	0,9	0,0	0,9
TOTAL		562,6	303,0	259,6	499,8

PARTIE 4

L'APPLICATION D'EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES

4.1 L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL POUR L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES 2011-2015 (prolongé jusqu'en 2016)

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, dont la durée a été prolongée jusqu'en 2016. Les principaux résultats obtenus en 2015-2016 relativement à ces mesures sont décrits ci-après.

MESURE 24 Favoriser la participation des hommes à la prestation de soins et de services sociaux

En 2015-2016, la promotion des métiers en santé et services sociaux par l'intermédiaire du site Avenir en santé mettait en vedette des modèles masculins pour 40 % des métiers et professions.

Parmi les candidats recrutés en 2015-2016 (volet « autres professionnels ») à l'occasion des missions de recrutement international de Santé-Québec, 35 % sont des hommes.

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

Le Ministère a accordé un soutien financier de 25 000 \$ à l'Association de santé publique du Québec afin qu'elle finalise les deux publications suivantes : *Appel à l'action : démasquer l'industrie de l'amaigrissement* et *État des lieux 2008-2014 : la face cachée et l'imposture des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA)*. Ces deux documents sont accessibles sur le site Web de l'Association, au <http://www.aspq.org/fr/dossiers/produits-services-et-moyens-amaigrissants-psma>.

Le Ministère a également accordé 325 000 \$ à l'organisme Équilibre pour la réalisation de plusieurs activités de sensibilisation, notamment la campagne « Le poids sans commentaire ! », dont le site Web www.lepoidssanscommentaire.ca a été visité par 7 417 personnes.

MESURE 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 mars 2016, les technologues en mammographie du Québec ont accès à une nouvelle formation en ligne gratuite, « Quiz – autoévaluation en mammographie », conçue en collaboration avec l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec.

Depuis janvier 2016, le nombre minimal de lectures de mammographies pour bénéficier du tarif de dépistage est passé de 750 à 1 000. Cette augmentation a pour but d'assurer la qualité de la pratique des radiologistes.

En 2015, des outils permettant d'améliorer l'accessibilité des femmes à mobilité réduite aux centres de dépistage désignés du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ont été produits et distribués à ces centres.

MESURE 67 Développer et consolider les services de planification des naissances

En mars 2016, les ententes en matière d'interruption volontaire de grossesse conclues avec les cliniques médicales privées ont été reconduites jusqu'en mars 2021.

MESURE 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

Les recommandations de l'*Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe*, produit par l'Institut national de santé publique du Québec à la demande du Ministère, ont été diffusées en janvier 2016 auprès des répondants du réseau en matière de périnatalité.

Conformément au Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec, le financement a été accordé pour deux nouvelles maisons de naissance (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal et Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière) et treize nouveaux postes ETC de sages-femmes.

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

En 2015, il a été convenu d'intégrer la perspective paternelle dans l'ensemble des fiches du Portail d'information périnatale au fur et à mesure de la révision des fiches. Cette même année, la fiche sur l'alimentation pendant la grossesse a été révisée.

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

Les résultats des mesures 12, 51, 65, 66, 69, 70 et 76 du Plan d'action gouvernement pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 ne sont pas présentés, soit parce que les données ne sont pas disponibles, soit parce qu'aucun élément marquant ne ressort des actions menées pendant l'année de référence, ou encore parce que les résultats des engagements ont été obtenus au cours des années précédentes.

Plan d'action gouvernemental en matière d'analyse différenciée selon les sexes (ADS) 2011-2015, prolongé jusqu'en 2016

Le Ministère a poursuivi la mise en œuvre des engagements dont il est responsable ou coresponsable dans le Plan d'action gouvernemental en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015, dont la durée a été prolongée jusqu'en 2016. Pour l'exercice 2015-2016, les principaux résultats obtenus sont ceux qui suivent.

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

L'évaluation de la mise en œuvre des quatre projets d'expérimentation régionaux a été effectuée en 2015 et le rapport d'évaluation, présenté aux autorités du Ministère. Les données recueillies sur les besoins propres aux femmes et aux hommes pourront être prises en considération dans des projets ultérieurs.

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

Les résultats des mesures 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 et 28 ne sont pas présentés, soit parce que les données ne sont pas disponibles, soit parce qu'aucun élément marquant ne ressort des actions menées pendant l'année de référence, ou encore parce que les résultats des engagements ont été obtenus au cours des années précédentes.

4.2 L'ACCÈS À L'INFORMATION ET LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Au cours de l'année 2015-2016, le Ministère a reçu 421 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). Parmi ces demandes, 340 concernaient l'obtention de documents administratifs (80 %) et 81 portaient sur l'accès à des renseignements personnels (20 %) tels que les bulletins de naissance ou de décès.

Demandes d'accès à l'information

Années financières	Nombre de demandes
2013-2014	330
2014-2015	406
2015-2016	421

Parmi les demandes reçues en 2015-2016, 212 se sont conclues par un accès total ou partiel à l'information et 46 se sont soldées par un refus de communication, notamment en application des articles 18, 19, 20, 21, 22, 27, 28.2, 29, 30.1, 34, 37, 38, 48, 53, 54, 57.1, 59, 86.1 et 91 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. Le délai de réponse a été de 20 jours ou moins dans 71 % des cas et 14 recours en révision des décisions rendues ont été déposés à la Commission d'accès à l'information.

Demandes ayant obtenu une réponse du Ministère

Types de demande	2014-2015	2015-2016
Dossier Santé Québec	245	255
Demande d'accès aux renseignements relatifs à la vaccination	1 369	3 829
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés aux fins de recherche, d'étude ou de statistique	21	39
Accès à des données de renseignements personnels utilisés en vertu de l'article 125 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1)	21	18
Demande d'accès pour recevoir le sommaire de ses antécédents en vertu de l'article 71.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1) ou en vertu de l'article 583 du Code civil du Québec	Données non accessibles	327

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 2015-2016, 255 demandes pour obtenir des renseignements de santé contenus dans le Dossier Santé Québec (DSQ) et 163 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. Les délais sont 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 3 782 demandes soumises par des citoyens qui souhaitaient 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 dans tous les cas, à moins que le registre ne contienne aucun résultat. Le 15 février 2016, le Registre de vaccination a été déployé dans tous les centres intégrés du Centre régional de santé et de services sociaux de la

Baie-James, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James; ainsi, qui pourront répondre aux demandes d'accès de la population pour obtenir leur registre de vaccination.

En 2015-2016, 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).

4.3 L'EMPLOI ET LA QUALITÉ DE LA LANGUE FRANÇAISE DANS L'ADMINISTRATION

Au cours de l'exercice financier 2015-2016, le Ministère a poursuivi la mise à jour de sa politique linguistique. Des travaux ont été menés concernant les communications du Ministère avec les Inuits et les membres des Premières Nations visés ou non par une convention. Ainsi, la Direction des communications a travaillé en étroite collaboration avec la Direction des affaires juridiques et la Direction des affaires autochtones pour adapter cette politique ministérielle à la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration. Le projet de politique linguistique a été approuvé par les autorités ministérielles le 8 février 2016 et soumis à l'Office québécois de la langue française pour obtenir un avis favorable.

Au cours de l'exercice financier 2015-2016, le Ministère n'a reçu aucune plainte de l'Office. La Direction des communications a traité 35 demandes d'avis ou de traduction anglaise qui concernaient des documents ou du contenu Web, et ce, conformément à la politique linguistique ministérielle. Les communications et les activités du personnel du Ministère se sont déroulées dans le respect de cette politique.

4.4 LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES STANDARDS SUR L'ACCESSIBILITÉ DU WEB

En conformité avec son Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2015-2019, le Ministère vise à former davantage son personnel au sujet de la conformité aux standards sur l'accessibilité du Web, laquelle facilite l'accès au savoir pour les personnes handicapées. En 2015-2016, sept nouvelles personnes ont suivies une formation à cet effet.

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

Éléments	Explications
Liste des sections ou sites Web pas encore 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 • Formation sur la conformité des standards d'accessibilité offerte dans chacune des directions • Repositionner le contenu des microsites dans l'un des principaux sites du Ministère (site institutionnel du Ministère, sa section professionnelle et le Portail santé mieux-être) ce qui permettra d'assurer le respect des standards d'accessibilité Web
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 Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2015-2016 publié par le Ministère et mis en ligne en janvier 2016
Démarche de sensibilisation et de formation	Oui Information disponible sur l'intranet ministériel
Existence d'un cadre de gouvernance	Oui Directives ministérielles écrites dans la section de l'intranet ministériel portant sur l'accessibilité du Web

4.5 LE BILAN DES ACTIVITÉS DE LA TABLE DE COORDINATION NATIONALE DES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ

Instituée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) en 2005, la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé permet d'assurer la concertation entre les acteurs du milieu académique et ceux du réseau de la santé et des services sociaux. Elle chapeaute les quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) au sein d'une structure permettant la concertation des actions à l'échelle du réseau.

Au cours de l'année 2015-2016, quatre rencontres ont réuni les membres de l'exécutif de cette table de coordination nationale, venant des milieux clinique et académique. Les sujets suivants ont notamment fait l'objet de travaux :

- l'analyse des enjeux des RUIS et le repositionnement à la suite de l'adoption de la LMRSSS (RLRQ, chapitre O-7.2);
- la révision de la gouvernance de la télésanté – qui permet de traiter et de surveiller l'évolution de la condition de santé des patients à distance, d'effectuer ou d'interpréter des examens cliniques et diagnostiques, d'évaluer des cas complexes pour des patients éloignés – et les modifications découlant de cette révision;
- le projet Optilab, par lequel des changements sont apportés à l'organisation des laboratoires d'analyses biomédicales au Québec en vue d'offrir des services de qualité optimale quant à la sécurité, à la pertinence, à l'accessibilité et à l'efficience;
- les groupes de médecine de famille (GMF) et les unités de médecine familiale, dans le cadre de l'adoption du projet de loi no 20 (Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée), qui fixe des attentes ciblées pour l'amélioration de l'accès aux services de première ligne.

Les tables nationales sectorielles des RUIS, qui regroupent des experts du domaine, relèvent de la Table de coordination nationale des RUIS. Au cours de l'année, quatre de ces tables nationales sectorielles ont exercé leurs activités : mère-enfant (obstétrique, pédiatrie, néonatalogie), soins infirmiers, génétique et gestion de la douleur chronique. Leurs principaux travaux sont présentés ici.

- Table mère-enfant
 - Poursuite de la réflexion sur l'organisation des services de santé en obstétrique.
 - Analyse des solutions préconisées dans le dossier de la pédiatrie sociale et des contributions possibles.
 - Travaux visant à formuler des propositions quant aux soins pédiatriques complexes à domicile.
 - Travaux sur l'organisation des soins et des services pendant la période du passage de l'adolescence à l'âge adulte.
- Table en soins infirmiers
 - Dépôt d'un avis à la Table de coordination nationale sur la gouvernance en soins infirmiers à la suite du dépôt de la LMRSSS.
 - Recommandations sur la pratique infirmière avancée, plus particulièrement sur le travail des infirmières praticiennes spécialisées et des infirmières cliniciennes spécialisées, et dépôt d'un avis au Ministère ainsi qu'à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
 - Travaux sur la formation de la relève et analyse des différentes formations.
- Table en génétique
 - Recommandations formulées au Ministère en faveur d'un soutien au continuum d'enseignement, des soins, et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.
 - Recommandations formulées au Ministère en faveur de limiter au minimum le recours aux laboratoires privés en génétique moléculaire.
- Table en gestion de la douleur chronique
 - Poursuite de la mise en œuvre des plans d'action des quatre centres d'expertise (RUIS).
 - Recommandations faites au Ministère quant aux plans d'action des établissements et aux modifications à leur apporter pour respecter les pratiques probantes.
 - Poursuite de la préparation des algorithmes illustrant la prise en charge de la douleur chronique, accessibles sur le Web.
 - Suivi de l'évolution des projets de recherche en douleur chronique.

4.6 LE SUIVI DES ENTENTES D'INSCRIPTION DES MÉDICAMENTS SUR LA LISTE DRESSÉE EN VERTU DE L'ARTICLE 116 DE LA LSSSS

En vertu de la Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016 (LQ 2015, chapitre 8), le Ministère doit préciser, dans son rapport annuel de gestion, certains renseignements relatifs à la conclusion d'ententes pour l'inscription de médicaments sur la liste dressée en vertu de l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LRLQ, chapitre S-4.2), c'est-à-dire la Liste de médicaments des établissements de santé et de services sociaux, soit :

- le nom du fabricant du médicament;
- le nom du médicament;
- la somme globale annuelle reçue en application des ententes d'inscription, mais uniquement dans les cas où au moins trois ententes conclues avec des fabricants de médicaments différents sont en vigueur au cours de l'année financière.

Suivi des ententes d'inscription des médicaments

Nom du fabricant du médicament	Nom du médicament
Bayer inc.	Xofigo ^{MC}
Pendopharm	Ibavir ^{MC}
Astellas Pharma Canada, inc.	Xtandi ^{MC}
Pfizer Canada inc.	Xalkori ^{MC}
Bristol-Myers Squibb Canada	Yervoy ^{MC}
Celgene inc.	Abraxane ^{MC}
Celgene inc.	Istodax ^{MC}
Celgene inc.	Pomalyst ^{MC}
GlaxoSmithKline inc.	Advair ^{MC} et Advair ^{MC} Diskus ^{MC}
GlaxoSmithKline inc.	Serevent ^{MC} Diskus ^{MC} , Serevent ^{MC} et Serevent ^{MC} Diskhaler ^{MC}
GlaxoSmithKline inc.	Breo ^{MC} Ellipta ^{MC}
GlaxoSmithKline inc.	Anoro ^{MC} Ellipta ^{MC}
Hoffmann-La Roche Ltée	Emballage combiné de Perjeta ^{MC} et d'Herceptin ^{MC}
Novartis Pharma Canada inc.	Ultibro ^{MC} Breezhaler ^{MC}
Total de la somme globale annuelle reçue en application des ententes d'inscription	Aucune somme

Les ententes mentionnées ci-dessus ont été conclues au cours de l'exercice financier qui a pris fin le 31 mars 2016. En conformité avec la loi, ces ententes prévoient le versement de rabais et de ristournes. La facturation des fabricants, par le Ministère, s'effectue généralement sur une base annuelle, en fonction de la date anniversaire de l'entrée en vigueur de chaque entente. Les premiers versements des fabricants seront effectués au cours de l'exercice financier 2016-2017.

4.7 LES ALLÈGEMENTS ADMINISTRATIFS ET LÉGISLATIFS

Par sa politique sur l'allègement réglementaire et administratif, le gouvernement du Québec vise à s'assurer que les coûts liés à l'adoption de normes de nature législative ou réglementaire sont réduits au strict minimum pour les entreprises. Tous les ministères et organismes y étant assujettis, ils doivent publier leurs engagements en matière de révision des lois et des règlements.

En 2015-2016, le Ministère a participé à une rencontre avec la Direction de l'allègement réglementaire et administratif du ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations au sujet des principales dispositions de la Politique gouvernementale sur l'allègement réglementaire et administratif. Afin de remplir ses obligations en la matière, le Ministère est à mettre en place un ensemble de moyens visant à simplifier ses liens avec les entreprises. Un comité de révision sera chargé d'analyser les lois et les règlements qui ont une incidence sur les entreprises et il déterminera si des allègements peuvent être apportés.

4.8 LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS DES RAPPORTS DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

La vige 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 au Dossier Santé Québec (DSQ) pour l'alimentation de celui-ci a connu une forte progression en 2015-2016 et est en voie d'être complété.

À la suite de la décision du Ministère, en octobre 2014, de rendre obligatoire le branchement des pharmacies communautaires au DSQ, l'opération de branchement était complétée au 31 décembre 2015. Toutefois, cette obligation n'a pas été signifiée aux laboratoires de biologie médicale ni aux laboratoires d'imagerie puisque leur branchement progresse selon le calendrier établi.

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 du secteur a connu une forte progression, faisant passer le nombre d'utilisateurs potentiels de 33 217 à 46 953.

L'utilisation réelle du DSQ par ces utilisateurs a aussi connu une croissance importante en 2015-2016. Le nombre de cliniciens et de cliniciennes qui tirent avantage du DSQ au bénéfice des patients s'est accru de près de 70 %, le nombre de consultations mensuelles étant passé de 531 268 en mars 2015 à 888 260 en mars 2016.

La gouvernance du DSQ demeure sous l'autorité globale du Ministère, alors que la Régie de l'assurance maladie du Québec assure la prise en charge de sa gestion opérationnelle et du soutien à ses utilisateurs.

Suivi de la performance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (Tome II, 2010-2011)

Le Ministère reconnaît d'emblée la pertinence des préoccupations du Vérificateur général du Québec (VGQ) en matière de performance des établissements, notamment l'importance de la promotion d'une culture de la performance, l'accès à des données de qualité en temps opportun, la mesure de la performance – et, plus précisément, de l'efficacité –, un partage clair des responsabilités entre les acteurs exerçant le suivi de la performance et l'instauration d'incitatifs à la performance.

Dans son plan stratégique 2010-2015, le Ministère a fait de la gestion performante et responsable un enjeu qu'il a réitéré dans son plan stratégique 2015-2020 sous la formulation suivante : des ressources mobilisées vers l'atteinte de résultats optimaux. Pour faciliter l'exercice d'une telle gestion, le Ministère et certains établissements du réseau se sont dotés, en 2015-2016, d'un outil de gestion intégrée de la performance, soit la salle de pilotage, qui est de type stratégique, tactique ou opérationnel, selon le niveau hiérarchique de gestion en cause.

L'accès aux données clinico-administratives étant encadré par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1), le Ministère doit obtenir l'autorisation de la Commission d'accès à l'information pour accéder aux données clinico-administratives en matière de santé et de services sociaux dont le ministre de la Santé et des Services sociaux n'est pas propriétaire, comme celles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Au cours de l'exercice financier 2015-2016, le Ministère a pu conclure deux ententes avec la RAMQ pour deux projets précis, l'un portant sur les médicaments et les services pharmaceutiques (juillet 2015) et l'autre, sur les interruptions volontaires de grossesse (février 2016).

Ce processus d'accès aux données par entente spécifique étant lourd et restrictif, le Ministère a travaillé et travaille encore à trouver une solution répondant mieux à ses nombreux besoins, aux siens comme à ceux de ses principaux partenaires (établissements de santé et de services sociaux, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Institut national de santé publique du Québec, Institut de la statistique du Québec), concernant l'accès aux données en temps opportun, et ce, aux fins d'une gestion du système de santé et de services sociaux axée sur les résultats. Par ailleurs, grâce à une entente de services avec l'Institut canadien d'information sur la santé, le Ministère obtient des produits et services lui permettant de comparer le système québécois de santé avec les systèmes des autres provinces et territoires.

Dans la foulée de la LMRSSS et en cohérence avec le Plan stratégique 2015-2020, le Ministère a priorisé la mesure de la performance opérationnelle des services de santé et des services sociaux de première ligne, des services médicaux spécialisés et des services de soutien à domicile. De plus, des travaux de mesure de la performance amorcés avant l'entrée en vigueur de la LMRSSS se sont poursuivis au cours de l'exercice financier 2015-2016; ils ont porté principalement sur le programme-services Déficience physique.

Par ailleurs, en matière d'amélioration continue de la qualité des milieux de vie, le Ministère joue un rôle actif en effectuant notamment des visites d'évaluation dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. Il a le souci d'agir en complémentarité et dans le respect des autres mécanismes prévus pour assurer la qualité des soins et des services fournis, comme les comités de vigilance et de la qualité des établissements, l'agrément et le régime d'examen des plaintes.

De plus, afin de favoriser des soins et des services efficaces axés sur les patients, le Ministère est à revoir le mode d'allocation des ressources en travaillant au déploiement et au suivi des coûts par trajectoire de soins et de services. Diverses initiatives sont déjà en place en matière de financement. Ainsi, le secteur de la chirurgie est récompensé pour sa production additionnelle par rapport à un seuil, tandis que le secteur de la santé physique voit son budget de développement réduit et les mesures d'optimisation accrues si le coût de production réel est supérieur au coût attendu. De plus, depuis 2015-2016, le secteur de la radio-oncologie fait l'objet d'un financement à l'activité visant à réduire les écarts de coûts entre les centres de traitement.

Les services se rapportant à l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux (2011-2012, automne 2011)

Le Groupe de travail sur les services alimentaires dans le réseau de la santé et des services sociaux a continué ses activités en 2015-2016. La rédaction du guide *Principes directeurs des services alimentaires* a progressé et la parution de celui-ci est prévue au cours de la prochaine année.

En ce qui concerne les indicateurs de suivi, la démarche relative à la modification de l'indicateur de productivité actuellement utilisé (coût unitaire par repas) se poursuit. La Table régionale sur les services alimentaires de la Capitale-Nationale a présenté une proposition de modification de cet indicateur en juin 2015.

Le développement d'un programme provincial de formation des préposés aux services alimentaires a été amorcé. En effet, les résultats du Sondage sur les pratiques des services alimentaires et de nutrition clinique indiquent que 72 % des établissements considèrent qu'une telle formation sur les services alimentaires constitue un besoin. En 2016-2017, une analyse plus détaillée des tâches du préposé aux services alimentaires est prévue afin d'évaluer la pertinence de mettre en place une formation à ce sujet, en collaboration avec le réseau de l'éducation.

Enfin, la page Web sur les services alimentaires (<http://intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?services-alimentaires-page>) a été mise à jour. Elle propose diverses rubriques regroupant des documents, des liens utiles et d'autres outils qui appuient les intervenants des services alimentaires dans leurs activités. Des exemples de sondages auprès de la clientèle, un outil nutritionnel et la vidéo sur la technologie de déshydratation de matières organiques ont été ajoutés.

Personnes âgées en perte d'autonomie – services d'hébergement (2012-2013, printemps 2012)

Le Ministère poursuit actuellement des travaux visant à élaborer des orientations pour, entre autres, améliorer les soins et les services destinés aux personnes âgées hébergées dans les CHSLD. L'objectif premier est de donner, à l'ensemble des établissements ayant la mission d'un CHSLD, des orientations et des standards communs en matière de pratiques organisationnelles ou cliniques et de services particuliers. À cet effet, à l'automne 2015, deux documents d'orientation ont été élaborés : *Orientations ministérielles relatives aux standards d'hébergement en soins de longue durée : document d'introduction* et *Orientations ministérielles relatives aux standards d'hébergement en soins de longue durée*. Les travaux qui visent à définir des orientations sur différents aspects touchant les CHSLD et la clientèle hébergée se poursuivront au cours des prochains mois pour répondre à la recommandation du VGQ concernant la mise à jour des orientations relatives à l'hébergement des personnes âgées.

Afin de s'assurer que, dans les CHSLD, les lits soient réservés aux personnes qui en ont le plus besoin, et ce, dans une perspective d'utilisation efficiente des ressources, le Ministère a inclus une attente spécifique dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2015-2016 destinée à l'ensemble des établissements ayant la mission d'un CHSLD. Au 31 mars 2016, 75 % des personnes ayant obtenu un lit réservé pour l'hébergement permanent dans un CHSLD présentaient un profil ISO-SMAF se situant entre 10 et 14 répondant ainsi à l'orientation ministérielle en cette matière.

La pertinence des services offerts aux usagers repose également sur l'évaluation des besoins et la préparation d'un plan d'intervention convenu avec la personne ou ses proches. En outre, à l'intérieur des ententes de gestion et d'imputabilité produites en 2015-2016, les établissements publics ayant la mission d'un CHSLD étaient invités à évaluer chacun des usagers hébergés à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnel (SMAF) et à convenir d'un plan d'intervention, soit avec la personne ou ses proches. Au 31 mars 2016, 89 % des personnes hébergées avaient une évaluation à jour de leurs besoins et un plan d'intervention.

Pour répondre à la recommandation du VGQ touchant l'ensemble des mesures de contrôle de la qualité qui permettent une surveillance suffisante et adéquate de tous les types d'hébergement, les visites d'évaluation de la qualité dans les CHSLD se sont poursuivies au cours de l'année 2015-2016. Du 1^{er} avril 2015 jusqu'au 31 mars 2016, 207 installations de CHSLD ont été visitées. 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 personnes hébergées. Mentionnons également que tous les rapports de visites d'évaluation de la qualité dans les CHSLD ainsi que les plans d'amélioration sont accessibles en ligne sur les sites Web du Ministère et des établissements. De plus, afin d'assurer une compréhension commune des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie et de bien les situer dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité, le Ministère a diffusé, à l'hiver 2016, un guide de soutien produit à l'intention des établissements. Ce guide se veut un document de référence pour les établissements lorsqu'ils élaborent et mettent en œuvre un plan d'amélioration découlant des visites d'évaluation de la qualité.

En mai 2015, le Ministère a commencé officiellement ses visites d'évaluation de la qualité dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial en fonction du programme révisé des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie. Conséquemment, du 1^{er} mai 2015 jusqu'au 31 mars 2016, 275 ressources de ces deux types ont été visitées, ressources liées aux programmes-services suivants : déficience intellectuelle, déficience physique, santé mentale, soutien à l'autonomie des personnes âgées et jeunes en difficulté.

Déficit d'entretien des infrastructures publiques (2012-2013, automne 2012)

Pour répondre aux principales recommandations du VGQ à l'effet d'obtenir un portrait fiable et objectif de l'état physique du parc immobilier, d'évaluer le déficit de maintien afférent et d'allouer les sommes de résorption de ce déficit en fonction de l'état des bâtiments, le Ministère a entrepris des travaux relatifs à l'inspection technique visuelle des bâtiments de son réseau en mai 2015. L'objectif minimal de 30 % de la superficie du parc immobilier de chaque établissement a été fixé en 2015-2016 dans le plan de l'inspection technique des bâtiments.

Parallèlement aux travaux d'inspection technique, les coûts unitaires (\$/m²) des différentes catégories de bâtiments du RSSS ont été révisés et actualisés, de manière à pouvoir déterminer la valeur de remplacement courante et l'indice de vétusté physique (IVP) de chacun.

Conformément au programme d'assurance qualité du Ministère, un cadre et une procédure de validation des listes de travaux de maintien découlant de l'inspection technique des bâtiments ont été définis.

Le bilan de l'année 2015-2016 s'établit comme suit :

- 604 bâtiments ont été inspectés, pour un total de 2 958 840 m², chiffre qui correspond à 33 % de la superficie totale du parc immobilier;
- l'attribution d'un indice de vétusté physique à chaque bâtiment a permis de caractériser les bâtiments selon l'indice d'état gouvernemental, d'identifier les bâtiments déficitaires et d'évaluer le déficit de maintien afférent¹²;
- l'enveloppe affectée à la résorption du déficit de maintien sera allouée en fonction de l'état des bâtiments à compter de 2016-2017.

Déficiences intellectuelle et troubles envahissants du développement (2013-2014, printemps 2013)

Au cours de l'année 2015-2016, le Ministère a poursuivi ses travaux visant à répondre aux préoccupations du VGQ qui concernaient principalement l'accès et la continuité des services. Avec l'adoption de la LMRSSS, la Table nationale de coordination des services en déficience physique (DP), en déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) a été créée. Cette table, composée des directeurs des programmes DP et DI-TSA dans les centres intégrés, a pour mandat d'informer et de conseiller le Ministère quant aux perspectives stratégiques à mettre en avant au regard de l'organisation optimale des services offerts aux personnes ayant une déficience.

Pendant l'année, la table s'est réunie à cinq reprises et trois chantiers de travail en sont issus. Ceux-ci visent à assurer la cohérence et l'harmonisation des actions menées par les établissements du réseau pour la mise en œuvre des orientations au regard des services aux personnes ayant une déficience. Les priorités identifiées portent sur l'implantation d'un guichet d'accès unique pour les services offerts en DP et en DI-TSA, la définition des trajectoires communes pour les enfants et les jeunes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que le soutien de la gestion de l'offre de service en DP et en DI-TSA dans son ensemble.

Deux objectifs et quatre indicateurs touchant, entre autres, l'amélioration des services rendus aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ont été définis et intégrés à la nouvelle planification stratégique du Ministère 2015-2020. Le premier objectif concerne l'amélioration des services de soutien à domicile de longue durée, tandis que le deuxième vise à faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience, physique ou intellectuelle, ou un trouble du spectre de l'autisme. Le suivi de la mise en œuvre de ces objectifs par les centres intégrés s'effectue au moyen des ententes de gestion et ceux-ci doivent rendre compte de leur bilan annuel (2015-2016) quant à l'implantation des autres standards d'accès, à la continuité et aux mécanismes attendus.

12. Les données à ce sujet sont présentées dans le Plan annuel de gestion des investissements publics en infrastructures 2016-2017 du Plan québécois des infrastructures 2016-2026.

Le rapport sur le bilan relatif à l'implantation de la politique « De l'intégration sociale à la participation sociale » en est à la phase de l'approbation ministérielle. Quant à l'offre de service, elle est en processus de rédaction. Les actions structurantes, les priorités d'action retenues et le document d'orientation portant sur l'offre de service visent l'amélioration de l'organisation des services destinés aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

Le premier Forum québécois sur le trouble du spectre de l'autisme a eu lieu les 11 et 12 février 2016. Il a accueilli une centaine de participants, dont des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme, des familles, des représentants d'autres ministères et de réseaux de services, notamment les services de garde, l'éducation et l'emploi, ainsi que des organismes communautaires. L'événement a permis de faire le point sur l'état des avancées en matière de services pour les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme, d'identifier dix grandes priorités à prendre en compte pour mieux répondre aux besoins des personnes et des familles, de se donner une vision commune et de mobiliser les partenaires afin de développer les réseaux de services intégrés requis. Des crédits reconductibles de 5 millions de dollars ont été annoncés dans le cadre du budget 2016-2017. Un plan d'action est en élaboration et sera publié en décembre 2016.

Les travaux interministériels sur les activités socioprofessionnelles des personnes de 21 ans et plus se poursuivent afin de soutenir le développement d'une vision commune, de définir les trajectoires de services ainsi que d'assurer un partage des rôles et responsabilités. Un tableau synthèse des profils de besoins a été adopté. Le Ministère et l'Office des personnes handicapées du Québec ont préparé un appel de propositions visant à évaluer des modèles de projets novateurs se rapportant à des activités socioprofessionnelles et communautaires. L'appel de propositions sera lancé en juin 2016.

Les prochaines étapes des travaux relatifs au soutien aux familles consistent à concevoir des scénarios portant sur l'amélioration du programme, à estimer les coûts de ces différents scénarios et à proposer une stratégie visant leur mise en œuvre. En outre, un mandat d'audit a été donné à la Direction de l'audit interne du Ministère avec l'objectif que celle-ci dresse un portrait du programme de soutien aux familles, lequel servira à actualiser les informations dont dispose la Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique sur le fonctionnement du programme.

Personnes âgées en perte d'autonomie – services à domicile (2013-2014, printemps 2013)

Le Ministère a poursuivi la mise en œuvre de son plan d'action élaboré pour répondre aux recommandations qui lui ont été faites concernant les services de soutien à domicile destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Depuis la publication du rapport du VGQ, plusieurs actions ont été menées, d'autres sont présentement en cours et se poursuivront au cours des prochains mois.

En 2015-2016, les efforts se sont poursuivis pour consolider les actions entreprises l'année précédente afin de répondre à la recommandation du VGQ relative à la mise en place de systèmes d'information intégrés permettant de suivre les personnes âgées en perte d'autonomie dans le continuum de services qui leur sont offerts. Ainsi, le SMAF-Social, un outil servant à mesurer l'autonomie de ces personnes sur le plan du fonctionnement social, a été diffusé à l'automne 2015 et, depuis, son utilisation est obligatoire dans le cadre de l'évaluation des besoins. Il prend en considération les six dimensions suivantes : les activités sociales et récréatives, les relations sociales, les ressources sociales, les rôles sociaux, les attitudes et les expressions de soi. L'évaluation permet ensuite d'améliorer les plans d'intervention en leur intégrant davantage l'aspect social de la personne. Au 31 mars 2016, 133 412 personnes vivant avec des incapacités avaient été évaluées à l'aide du SMAF-Social.

Quant au Plan de services individualisé et d'allocation de services (PSIAS), son utilisation s'est poursuivie et intensifiée au cours de l'année. Au 31 mars 2016, environ 171 085 usagers distincts avaient reçu minimalement un plan d'intervention dans le module PSIAS, ce qui représente une augmentation de plus de 128 % comparativement au 31 mars 2015, où 74 923 PSIAS avaient été préparés. Le PSIAS est 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. Le PSIAS, inclus dans le système d'information associé au réseau de services intégrés pour les personnes âgées, est un module utilisé pour l'élaboration des plans d'intervention, en concertation avec l'utilisateur et ses proches. De plus, au cours de 2015-2016, en collaboration avec six ordres professionnels, une version améliorée du plan d'intervention disciplinaire a été produite. Au 31 mars 2016, 80 918 plans d'intervention disciplinaire avaient été préparés.

L'évaluation des besoins et la planification des services sont essentielles pour s'assurer de la pertinence des soins et des services offerts au regard du soutien à domicile. C'est pourquoi il est prévu, dans la Planification stratégique 2015-2020, que 90 % des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée voient leur évaluation et leur plan mis à jour de façon continue afin que ces processus de travail soient pérennisés le plus rapidement possible au bénéfice des usagers.

Pour répondre à la recommandation du VGQ au sujet des mécanismes lui permettant de s'assurer de la prestation de services à domicile sécuritaires et de qualité lorsque ceux-ci sont rendus par des partenaires externes, le Ministère, en collaboration avec le ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation, le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale ainsi que la Commission des partenaires du marché du travail, a permis le déploiement du Programme de développement des compétences sur les services d'assistance personnelle à domicile. Cette formation est dispensée, dans un premier temps, aux préposés d'aide à domicile employés par les entreprises d'économie sociale en aide à domicile afin qu'ils acquièrent les compétences nécessaires pour la prestation de services sécuritaires et adéquats.

Médicaments et services pharmaceutiques (2014-2015, printemps 2014)

Dans son rapport pour l'année 2014-2015, le VGQ recommandait au Ministère de mettre en place des mécanismes visant à assurer le suivi des prix des médicaments payés par les établissements, de favoriser la mise en commun, par les établissements, d'outils d'aide à la décision et de suivi de l'utilisation des médicaments et de définir des orientations relatives à la main-d'œuvre dans les pharmacies d'établissements, notamment quant à l'offre de service et à la hiérarchisation des services pharmaceutiques en fonction des besoins.

Tel que prévu dans le plan d'action établi pour donner suite aux recommandations du VGQ, les groupes d'approvisionnement en commun ont procédé, en concertation avec le Ministère, à une opération pour faire en sorte que leur outil de cumul des informations relatives aux appels d'offres et aux contrats, appelé le LAC (logiciel d'approvisionnement en commun), soit un outil unique utilisé par chacun des trois groupes d'approvisionnement en commun. Le Ministère, les groupes d'approvisionnement et les établissements travaillent également à produire une application unique de gestion de l'ensemble des informations relatives aux appels de marchés, aux acquisitions, à l'ensemble des opérations logistiques associées à ces acquisitions ainsi qu'aux informations financières normalisées et uniques en découlant.

En janvier 2015, le Ministère décidait d'aller en appel d'offres afin de doter les groupes d'approvisionnement, les établissements de santé de son réseau, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec et l'Institut national de santé publique du Québec d'un référentiel provincial unique pour la santé basé sur les informations internationales structurées et intégrées aux Global Trade Item Number (GTIN) et incluses dans une base de données canadienne reconnue et ayant la certification Global Data Synchronisation Network (Certified GDSN Data Pool) ou son équivalent. Ce référentiel sera la pierre angulaire de plusieurs autres projets.

En février 2016, les groupes d'approvisionnement en commun ont pris la décision de travailler à la concertation de leurs approches en ce qui concerne la standardisation de leurs procédures.

Par ailleurs, le Ministère a lancé un chantier sur la pertinence clinique dont un volet porte sur l'usage optimal des médicaments et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a reçu le mandat pour identifier différents moyens permettant de favoriser un usage plus approprié d'un certain nombre de médicaments.

Enfin, depuis la publication du rapport du VGQ, les travaux visant à définir des orientations en matière de services pharmaceutiques, notamment au chapitre de la main-d'œuvre et de la hiérarchisation des services en fonction des besoins des patients, se sont poursuivis.

Fonds vert : gestion et aide financière (2014-2015, printemps 2014)

Depuis la parution du rapport du VGQ, le Ministère a mis en œuvre plusieurs mesures pour répondre à chacune des recommandations émises.

Une des recommandations du VGQ stipule que le Ministère doit procéder par appel de propositions et utiliser des critères précis pour évaluer les projets, les prioriser et les sélectionner; en cas de dérogation, il consignera dans le dossier les justifications suffisantes pour soutenir les choix effectués.

Ainsi, dans le cadre des projets d'adaptation liés au Plan d'action sur les changements climatiques 2013-2020, le Ministère a lancé trois appels de propositions conduisant à l'octroi d'une aide financière. Lorsqu'un appel de propositions n'a pu être lancé, les raisons sous-jacentes ont été documentées, justifiées et approuvées par le comité directeur du volet « santé » de ce plan d'action.

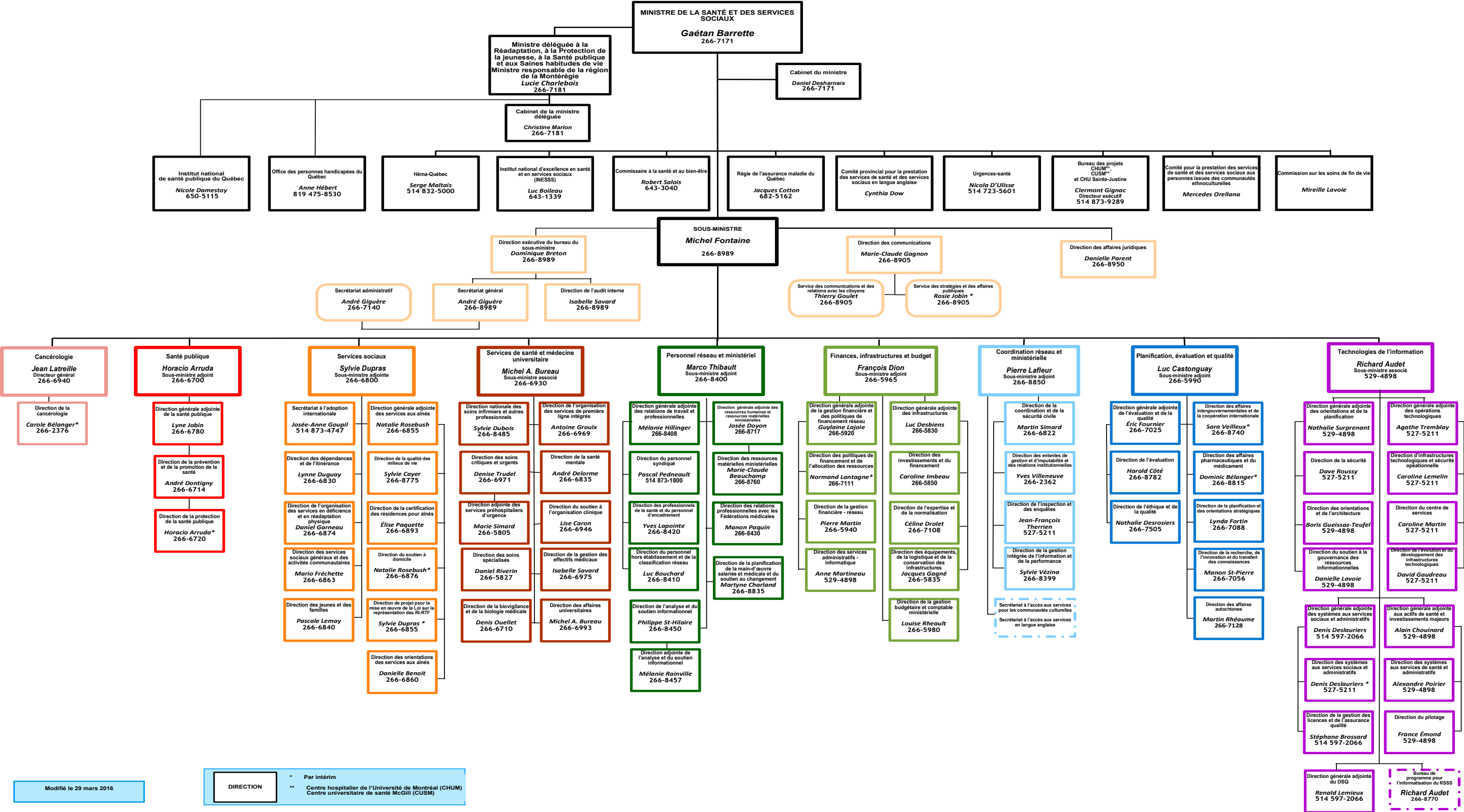
Des critères d'évaluation avec pondération ont par ailleurs été approuvés par le comité directeur ou par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses et sont utilisés afin de quantifier les résultats de l'évaluation de chaque projet. Des évaluateurs externes analysent les projets à l'aide d'outils validés et harmonisés, puis soumettent leurs recommandations au comité directeur pour l'approbation ou le rejet de ces projets.

Une des recommandations du VGQ spécifie qu'il faut définir les dépenses admissibles en tant que frais d'administration que les bénéficiaires peuvent réclamer au Fonds vert et les limites afférentes. Ainsi, les frais d'administration pouvant être réclamés au Fonds vert sont généralement déterminés au cours des processus d'appels de propositions ou à la signature d'ententes spécifiques. Par ailleurs, dans chaque entente signée, un bilan financier est demandé aux promoteurs. Il doit être ventilé afin que tous les frais d'administration soient divulgués et de façon à ce que les mêmes catégories de dépenses que celles du budget approuvé soient respectées.

Pour répondre à une des recommandations du VGQ stipulant que les ententes prises avec les bénéficiaires permettent la résiliation et le recouvrement de l'aide financière accordée lorsqu'elles ne sont pas respectées, un article sur la résiliation et le recouvrement de l'aide financière, incluant les conditions qui leur sont liées, a été inséré dans les modèles d'ententes de collaboration et de suivi ou de contrats de recherche qui sont signés entre les parties. De plus, la lettre par laquelle le Ministère confirme l'octroi d'une subvention à un bénéficiaire doit préciser les modalités du versement de cette dernière et indiquer qu'en cas de non-respect de l'entente, le Ministère pourra alors soit réduire ou annuler sa subvention, soit exiger le remboursement en tout ou en partie des sommes versées, le cas échéant.

ANNEXE I

LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



ANNEXE II

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

Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (RLRQ, chapitre A-2.2)

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 activités funéraires (2016, chapitre 1) (non en vigueur)

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 concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2)

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)

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

ANNEXE III

BILAN DES RÉALISATIONS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020

Le présent bilan fait état des résultats au regard des engagements pris dans le cadre de la planification stratégique 2015-2020. Les résultats et les principales observations qui en découlent sont regroupés en fonction des enjeux de ce plan. Les renseignements ayant une portée nationale¹³ ont soit été fournis directement par le Ministère, soit été obtenus à partir de la compilation de données recueillies dans les régions.

ORIENTATION 1

Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé

Résultats visés	Résultats 2015-2016
1. 16 % de fumeurs actuels chez les 12 ans ou plus	21 %
50 % de la population de 12 ans ou plus consommant 5 fois ou plus de fruits et légumes par jour	47 %
51 % de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports	47 %
2. 80 % des malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé ayant été vaccinés contre la grippe	33 %
3. 15 % d'augmentation du nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (par rapport à 2015)	Atteint 15 % d'augmentation

13. Pour prendre connaissance des résultats régionaux, il faut consulter les rapports annuels de gestion produits par les établissements de santé et de services sociaux.

ORIENTATION 2

Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers

Résultats visés	Résultats 2015-2016
4. 85 % de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	71 %
300 GMF	263
50 GMF-R (super-cliniques)	0
75 % des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	62 %
5. 85 % de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	60 %
85 % de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	59 %
Durée moyenne de séjour de 12 heures pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,7 heures
6. 100 % des demandes en imagerie médicale en attente depuis moins de trois mois	60 %
0 demande de chirurgies en attente depuis plus de 1 an	6 309
7. 40 % des personnes de 50 à 74 ans ayant été dépistées pour le cancer colorectal au cours des deux dernières années	Non disponible
90 % de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	61 %
Diminution de 3,5 décès par 100 000 habitants (par rapport à 2010) pour cause de cancer colorectal	29,8 par 100 000 habitants (augmentation de 0,5)
8. 95 % des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant un taux d'infections nosocomiales conforme aux taux établis	
• Diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>	87 %
• <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	93 %
• Voies d'accès vasculaires en hémodialyse	94 %
80 % de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	Non disponible
9. 12 plans d'action produits dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services d'ici 2017	4
10. 15 % d'augmentation du nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée	Diminution de 0,9 %

Résultats visés	Résultats 2015-2016
90 % des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée, ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention	70 %
11. 80 % des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	43 %
70 % des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	31 %
12. 15 % d'augmentation du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	Diminution de 1,3 %
Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile (cible à déterminer en 2017)	Non disponible
1 lit par tranche de 10 000 de population réservés en soins palliatifs et de fin de vie (862 lits)	804
13. 90 jours de délai moyen pour accéder à un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Non disponible
Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA, venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail (cible à déterminer en 2016)	Non disponible
14. 4 600 places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	3 962
12 000 places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	8 297
15. 90 % d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	75 %
Pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance (cible à déterminer en 2016)	Non disponible
16. 10 jeunes sur 1 000 pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,34

ORIENTATION 3:

Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement

Résultats visés	Résultats 2015-2016
17. 80 % de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail	Non disponible
Taux de mutation de 6 %	Atteint 4,74 %
Maintien annuel de la certification Entreprise en santé – Élite	Atteint
18. Taux d'heures supplémentaires de 3 (diminution de 5,6 % par rapport à 2015)	3,05 (diminution de 4,1 %)
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante de 2,25 (diminution de 5,5 % par rapport à 2015)	Atteint 1,83 (diminution de 23,1 %)
Ratio d'heures en assurance salaire de 5,90 (diminution de 0,5 % par rapport à 2015)	6,29 (hausse de 6,1 %)
19. Mise en œuvre de la réforme sur l'organisation et la gouvernance d'ici 2016	Atteint
Réduction de 1 300 cadres en équivalent temps complet d'ici 2017-2018 (par rapport à 2014)	Atteint Réduction de 1 434
20. 100 % des établissements ayant déployé leur salle de pilotage stratégique d'ici 2018	Non disponible
21. 80 % des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvert par le financement axé sur le patient	8,7 %
22. 5 200 médecins de première ligne et 1 000 infirmières ayant adhéré au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques d'ici 2017	4 887 médecins 999 infirmières
100 % des installations des établissements publics qui ont une mission de centre hospitalier (CH) et qui peuvent consulter au moins un des domaines de renseignements du Dossier Santé Québec	Atteint 100 %
100 % des établissements publics ayant mis en place le DCI Cristal-Net	Non disponible



msss.gouv.qc.ca