



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

du ministère de la Santé
et des Services sociaux

2016-2017

The background features several light gray geometric lines. A horizontal line is positioned above the title, and another horizontal line is below it. A diagonal line runs from the bottom left towards the center. Another diagonal line runs from the top right towards the center, meeting the horizontal line above the title.

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

du ministère de la Santé
et des Services sociaux

2016-2017

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, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-79338-0 (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 2016-2017* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), lequel rend compte des résultats obtenus au cours de la dernière année financière et de la deuxième 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 MSSS 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 démontre une amélioration, au cours de la présente année, pour plusieurs des résultats, et ce, dans différents secteurs d'activité. En effet, près de 25 % des cibles inscrites dans le Plan stratégique 2015-2020 sont déjà atteintes. Parmi les bons résultats, le MSSS peut désormais compter sur plus de 300 groupes de médecine de famille, qui contribuent à l'amélioration de la qualité des services de proximité pour les usagers du réseau. De plus, les efforts déployés pour favoriser l'inscription et le suivi de patients en première ligne ont permis d'augmenter le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille. D'autres progrès ont été obtenus, notamment en ce qui a trait au déploiement de l'offre de service de détection et d'intervention en dépendance, au déploiement des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées et à l'augmentation d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie pour mieux répondre aux besoins de la population vieillissante.

Par ailleurs, les nouvelles mesures adoptées en lien avec la Loi concernant la lutte contre le tabagisme et les projets sur les saines habitudes de vie font en sorte que les résultats quant à la proportion de fumeurs chez les 12 ans ou plus et à la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs se rapprochent des cibles établies.

L'atteinte des objectifs, que ce soit par le MSSS 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 2016-2017 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'exercice qui a pris fin le 31 mars 2017.

Vous y trouverez les résultats obtenus par le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux au regard des objectifs et des engagements liés au Plan stratégique 2015-2020, au Plan d'action de développement durable 2016-2020 et à la Déclaration de services aux citoyens. Ce rapport témoigne aussi des efforts consentis afin d'utiliser les ressources allouées de façon optimale.

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

Par ailleurs, nous tenons à souligner la compétence et le professionnalisme du personnel du MSSS 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.

Veuillez 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	11
LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	13
LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA DIRECTION DE L'AUDIT INTERNE	15
LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2016-2017	17
PARTIE 1 LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	21
PARTIE 2 LES RÉSULTATS	25
2.1 Le Plan stratégique 2015-2020	25
2.2 Le Plan d'action de développement durable 2016-2020.....	48
2.3 La Déclaration de services aux citoyens	62
PARTIE 3 L'UTILISATION DES RESSOURCES	67
3.1 Les ressources humaines.....	67
3.2 Les ressources budgétaires et financières du MSSS ainsi que le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	76
3.3 Les ressources informationnelles.....	84
PARTIE 4 L'APPLICATION D'EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES.....	91
4.1 L'égalité entre les femmes et les hommes	91
4.2 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels	92
4.3 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration	94
4.4 Le suivi de la mise en œuvre des standards sur l'accessibilité du Web	95
4.5 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé	97
4.6 Le suivi des ententes d'inscription des médicaments sur la liste dressée en vertu de l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.....	97
4.7 Les allègements administratifs et législatifs	100
4.8 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec	101
ANNEXE I LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	126
ANNEXE II LOIS DONT LA RESPONSABILITÉ DE L'APPLICATION RELÈVE, PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT, DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	128
ANNEXE III BILAN DES RÉALISATIONS DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020	130

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CRAR	Cadre de référence en approvisionnement responsable	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	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	RDM	Retraitement des dispositifs médicaux
CLSC	Centre local de services communautaires	RI-RTF	Ressource intermédiaire et ressource de type familial
DACD	Diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i>	RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
DCI	Dossier clinique informatisé	RPA	Résidence privée pour aînés
DME	Dossier médical électronique	RSOSi	Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles
DSQ	Dossier Santé Québec	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	Soutien d'intensité variable
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	TSA	Trouble du spectre de l'autisme
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang	VGQ	Vérificateur général du Québec
IU	Institut universitaire		

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 quatre 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 2016-2017 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 2017.

Les membres du comité de direction,

original signé

Michel Fontaine
Sous-ministre

original signé

Luc Castonguay
Sous-ministre adjoint
Planification, évaluation et qualité

original signé

Marco Thibault
Sous-ministre adjoint
Personnel réseau et ministériel

original signé

Pierre Lafleur
Sous-ministre adjoint
Coordination réseau et ministérielle

original signé

Richard Audet
Sous-ministre associé
Technologies de l'information

original signé

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

original signé

Lyne Jobin
Sous-ministre adjointe
Services sociaux

original signé

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

original signé

François Dion
Sous-ministre adjoint
Finances, infrastructures et budget

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 2016-2020, de la Déclaration de services aux citoyens et de l'annexe III du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2017. 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 2017

LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2016-2017

Le lancement de la première Politique gouvernementale de prévention en santé

En octobre 2016, la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie, madame Lucie Charlebois, a lancé la toute première Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS). Élaborée de façon concertée par une quinzaine de ministères et d'organismes gouvernementaux, elle s'inscrit dans le mouvement international « Santé dans toutes les politiques » et elle est la première initiative du genre en Amérique du Nord.

La PGPS est fondée sur l'idée que la santé constitue une ressource individuelle et collective essentielle au plein développement de la société québécoise et qu'elle permet d'assurer son dynamisme et sa prospérité. La finalité de la PGPS est d'améliorer la santé et la qualité de vie de la population et de réduire les inégalités sociales de santé par : le développement des capacités des personnes dès leur plus jeune âge, l'aménagement de communautés et de territoires sains et sécuritaires, l'amélioration des conditions de vie qui favorisent la santé et le renforcement des actions de prévention dans le système de santé et de services sociaux.

Sa mise en œuvre se fera par l'intermédiaire d'un plan d'action interministériel. La PGPS est disponible sur le site du MSSS, à la section « Publications », sous *Politique gouvernementale de prévention en santé – Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*.

La mise en place de plusieurs mesures améliorant l'accès aux soins et aux services de première et deuxième ligne

La création d'un guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)

Le 11 avril 2016, le GAMF est entré en activité. Ce guichet d'accès simplifie la vie des citoyens qui n'ont pas de médecin de famille et qui souhaitent en avoir un. Ils n'ont maintenant qu'à manifester leur souhait d'obtenir un médecin de famille en s'enregistrant par le biais d'un site Internet. Il simplifie aussi la vie des médecins, qui peuvent désormais accéder directement au site Internet pour recruter de nouveaux patients.

Le mécanisme central de réception des demandes d'inscription, qui est géré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), augmente la capacité de répondre efficacement aux demandes des usagers et améliore la fluidité des références entre les usagers et les médecins de famille.

Au 31 mars 2017, ce sont plus de 337 000 personnes qui ont enregistré une demande dans le GAMF depuis sa création et plus de 244 000 avaient trouvé un médecin de famille.

En effet, le système permet l'arrimage entre les usagers et les médecins sur une base de proximité grâce à la géolocalisation, qui évalue la distance entre le lieu d'activité du médecin et le domicile du citoyen.

Le lancement des centres de répartition des demandes de services (CRDS)

Afin d'améliorer l'accès à la médecine spécialisée, la première phase d'implantation des CRDS a été lancée le 31 octobre 2016. Ceux-ci ont été créés pour desservir toutes les régions sociosanitaires du Québec et constituent le seul point de chute pour toute nouvelle demande de service de consultation en médecine spécialisée. Les médecins de famille peuvent y envoyer leur demande de service pour une première demande de consultation en médecine spécialisée afin que cette dernière soit prise en charge dans les délais requis. Les CRDS permettent de traiter les demandes de manière équitable en se basant sur la condition clinique de l'utilisateur. Les rendez-vous sont offerts aux usagers en considérant trois critères : la priorité médicale, la proximité du domicile et la référence nominative.

Ce mécanisme d'accès offre plusieurs avantages. L'utilisateur pourra profiter de l'accès à une première consultation spécialisée dans les délais requis. Le médecin de famille bénéficiera d'un processus de référence simplifié par l'utilisation d'un formulaire unique par spécialité et d'une échelle de priorisation standardisée. Les médecins spécialistes bénéficieront de la normalisation des demandes de références provenant de médecins généralistes et cela pourra permettre l'amélioration de la pertinence des demandes de services.

La première phase d'implantation des CRDS vise neuf spécialités, soit la gastroentérologie, l'oto-rhino-laryngologie, l'urologie, la pédiatrie générale, la cardiologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, la néphrologie et la neurologie.

L'annonce du déploiement de 2 000 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) d'ici 2024-2025

Parmi les mesures visant l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux, le ministre de la Santé et des Services sociaux et la ministre de l'Enseignement supérieur ont dévoilé le plan afin de permettre le déploiement de 2 000 IPS d'ici 2024-2025. Ce plan se décline en trois axes, soit :

- l'augmentation du nombre d'inscriptions dans les universités pour devenir IPS afin qu'il atteigne 270 personnes par année de 2020-2021 à 2024-2025;
- l'annonce d'un investissement additionnel de 25 millions de dollars destiné aux universités;
- l'engagement voulant que toutes les personnes ayant reçu une formation pour devenir IPS aient accès à un stage et à un poste à la fin de leurs études, et ce, dans toutes les régions du Québec.

L'atteinte de la cible de 300 groupes de médecine de famille (GMF) au Québec

La population du Québec peut maintenant compter sur plus de 300 GMF répartis sur l'ensemble du territoire. Un GMF est un regroupement de médecins de famille qui travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, notamment des infirmières, des travailleurs sociaux et des pharmaciens, afin d'offrir des services publics intégrés médicaux et sociaux généraux à la population. Ils doivent répondre à certaines exigences, notamment en ce qui a trait au nombre d'inscriptions, au taux d'assiduité, aux heures d'ouverture et à l'utilisation d'un dossier patient informatisé.

Le déploiement de plus de 300 GMF permet de remplir un des engagements du gouvernement envers la population québécoise et aussi d'atteindre une des cibles du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS. L'approche de collaboration interprofessionnelle favorisée par les GMF contribue à l'amélioration de la qualité des services de proximité pour les usagers du réseau.

L'abolition des frais accessoires

Le 26 janvier 2017, le Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques (RLRQ, chapitre A-29, r. 7.1) est entré en vigueur, ce qui fait en sorte que tous les frais accessoires qui concernent des services assurés par la RAMQ sont dorénavant interdits, sauf ceux permis par le règlement.

Par ailleurs, depuis le 29 décembre 2016, les Québécois peuvent compter sur la gratuité des échographies en cabinet lorsqu'elles sont réalisées par un radiologiste. Ce nouveau service assuré est possible grâce à l'effet combiné d'une modification réglementaire et à l'entente survenue entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Ces mesures contribuent grandement à l'accessibilité aux soins et aux services de santé et aux services sociaux en s'assurant que la capacité de payer n'empêche pas un usager d'obtenir les services assurés dont il a besoin.

La diffusion du sixième rapport national sur l'état de santé de la population

En novembre 2016, le directeur national de santé publique a publié, en vertu de la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2), un rapport sur l'état de santé de la population intitulé *La santé de la population : portrait d'une richesse collective*.

Ce dernier dresse le bilan de la santé des Québécois et fait état des progrès obtenus grâce aux efforts déployés par la santé publique, de concert avec un ensemble de partenaires de divers horizons. Il présente également les défis qui demeurent et ceux qui émergent ainsi que des interventions déjà mises en œuvre, ou prometteuses, pour les relever.

Le rapport national sur l'état de santé de la population est disponible sur le site du MSSS, à la section « Publications », sous *La santé de la population : portrait d'une richesse collective*.

De nouvelles mesures adoptées en lien avec la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2)

Dans la foulée de l'adoption de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme, plusieurs nouvelles mesures sont entrées en vigueur en 2016. Plus précisément, il s'agit de l'interdiction de fumer dans de nouveaux lieux, notamment dans les automobiles en présence de jeunes de moins de 16 ans, sur les terrasses commerciales, dans un rayon de neuf mètres des portes et fenêtres des lieux publics sans fumée, dans les aires de jeux extérieurs pour enfants et sur les terrains sportifs et de jeux. Sont également entrées en vigueur l'interdiction pour un adulte d'acheter du tabac pour un mineur, l'interdiction de vendre des produits du tabac aromatisés, l'interdiction de rétributions, de ristournes ou d'incitatifs aux détaillants de tabac par les fabricants et distributeurs ainsi que de nouvelles normes concernant les emballages de cigarettes et petits cigares.

Plusieurs inspections ont été effectuées par la Direction de l'inspection et des enquêtes du MSSS afin de s'assurer du respect des nouvelles interdictions de fumer.

L'ouverture de services d'injection supervisée à Montréal

Un soutien financier de 12 millions de dollars sur trois ans a été accordé au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal dans le cadre de son projet de création de quatre sites de services d'injection supervisée.

Ce soutien financier a notamment permis l'élaboration du système de monitoring ainsi que l'aménagement des locaux où seront offerts les services d'injection supervisée. Ce montant sera aussi utilisé pour couvrir les frais en ressources humaines.

À la suite d'une demande d'exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (L.C. 1996, ch 19) auprès de Santé Canada, des exemptions préliminaires ont été accordées, en février 2017, pour les services d'injection supervisée qui seront offerts pour trois sites gérés par les organismes CACTUS Montréal, Dopamine et Spectre de rue. Le processus d'analyse pour le déploiement d'une unité mobile de services d'injection supervisée, géré par l'organisme L'Anonyme, est également commencé.

Les mesures visant à permettre la réalisation d'économies au chapitre de l'assurance médicaments et à encadrer certaines pratiques commerciales

La Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offres (2016, chapitre 16) a été adoptée en juin 2016. Cette nouvelle loi permet de recourir à une procédure d'appel d'offres pour déterminer les versions d'un médicament qui seront inscrites à la *Liste de médicaments* du régime général d'assurance médicaments ainsi que les prix qui s'appliqueront. La loi prévoit également la possibilité de recourir à un processus d'appel d'offres pour les grossistes afin d'effectuer la distribution de tous les produits retenus à la suite d'un appel d'offres.

Dans l'objectif d'éliminer certaines pratiques commerciales néfastes dans le domaine pharmaceutique, de favoriser un environnement plus concurrentiel et de meilleurs prix ainsi que de renforcer l'indépendance professionnelle des pharmaciens, le MSSS a travaillé, en collaboration avec la RAMQ, à l'élaboration du projet de loi n° 92 qui a été adopté par l'Assemblée nationale du Québec en décembre 2016. Il s'agit de la Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à encadrer les pratiques commerciales en matière de médicaments ainsi qu'à protéger l'accès aux services d'interruption volontaire de grossesse (2016, chapitre 28).

L'adoption du Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022

Le *Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022 – Des actions structurantes pour les personnes et leur famille* s'inscrit en continuité avec le premier Forum québécois sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA), qui s'est tenu en février 2016. Il contient 35 mesures visant à améliorer significativement les services destinés aux personnes ayant un TSA et à leur famille. Il propose un projet mobilisateur : la véritable participation sociale de ces personnes.

Des crédits récurrents de 29 millions de dollars ont été prévus pour la mise en œuvre du plan d'action, notamment pour améliorer l'accès aux services de réadaptation pour les enfants de 5 ans et moins, pour les jeunes d'âge scolaire et pour les adultes. Ces sommes sont aussi investies pour améliorer le soutien financier aux familles ainsi que pour développer des services résidentiels et des places de répit. Un budget non récurrent de 1,25 million de dollars permettra le développement de la recherche, de la formation et d'outils pour soutenir l'intervention. Enfin, une somme non récurrente de 11 millions de dollars a été investie afin de réduire les listes d'attente.

L'amélioration des soins et services en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et la tenue du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD

La démarche structurée pour l'amélioration des soins et des services offerts aux aînés en CHSLD a culminé en septembre 2016. Celle-ci visait d'abord à réaliser des observations au sein de certains CHSLD ayant des pratiques cliniques et organisationnelles exemplaires, puis à consulter des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux à ce sujet.

Par la suite, le Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD s'est tenu en novembre 2016. Cet événement a permis d'échanger sur les bonnes pratiques afin de donner une nouvelle impulsion aux initiatives pour assurer la qualité des soins et des services en CHSLD. À l'issue de ce forum, des engagements en lien avec l'amélioration des soins et des services offerts aux aînés ont été pris par tous les présidents-directeurs généraux des établissements. De même, 65 millions de dollars supplémentaires ont été annoncés pour l'ajout de personnel dans les CHSLD.

La signature d'un protocole de coopération en matière de santé entre le gouvernement du Québec et l'Organisation panaméricaine de la santé

Un protocole de coopération en matière de santé a été signé le 20 mars 2017 entre le gouvernement du Québec et l'Organisation panaméricaine de la santé. Ce protocole vise à privilégier les collaborations réalisées dans les quatre domaines suivants : l'amélioration des services de première ligne; la santé des femmes et des nourrissons; le renforcement des capacités de suivi et d'utilisation des données de santé; ainsi que les déterminants de la santé et la promotion de la santé.

La signature de ce protocole s'inscrit en cohérence avec les efforts réalisés pour consolider les relations internationales du Québec et positionner les orientations et les actions québécoises en matière de santé et de services sociaux. L'expertise québécoise sera par ailleurs partagée aux différents intervenants internationaux afin de promouvoir la santé et la qualité de vie des populations des Amériques.

PARTIE 1

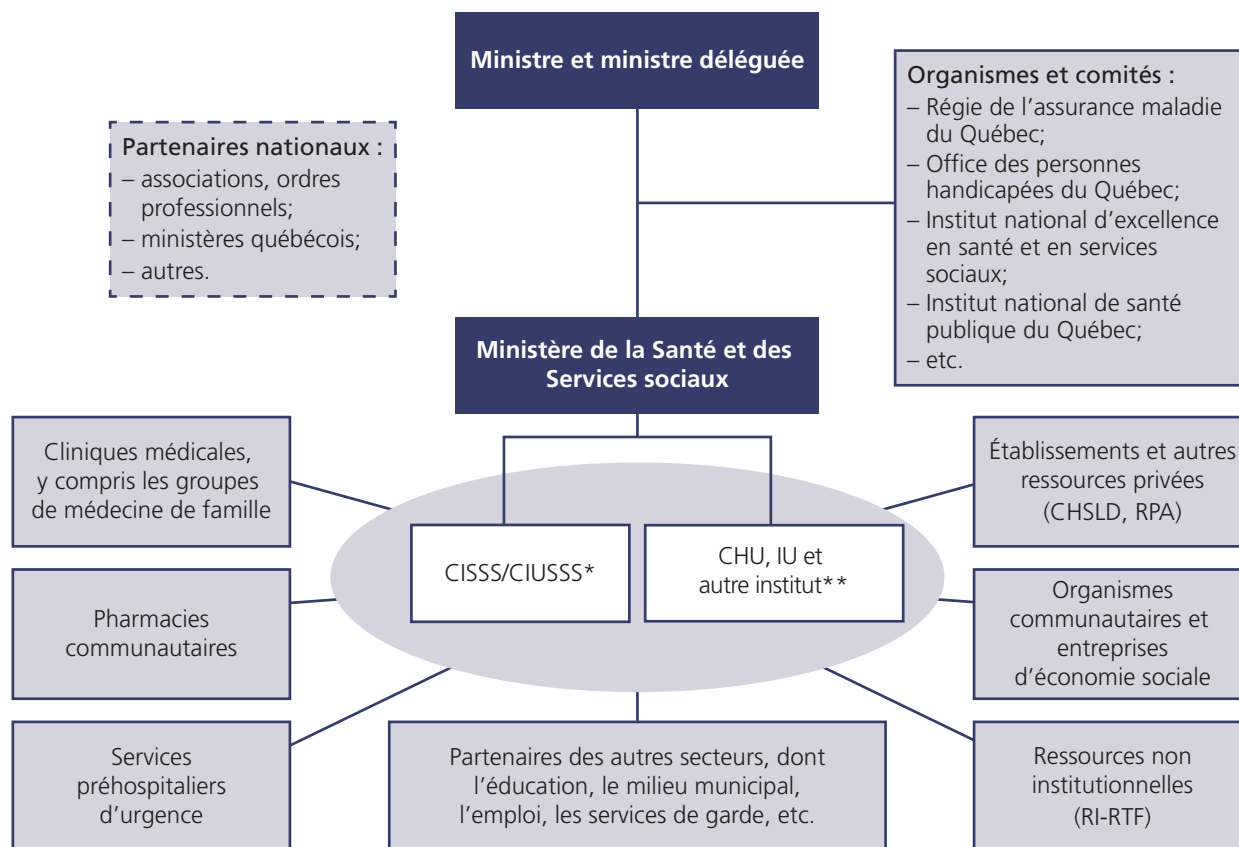
LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La présente partie porte sur la structure administrative et le réseau du MSSS, les rôles et responsabilités de chacun ainsi que l'organisation des services offerts à la population sur tout le territoire québécois.

La mission

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

Structure du système de santé et de services sociaux



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

** Les sept établissements suivants sont rattachés au MSSS 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. Ces établissements sont identifiés comme des établissements non fusionnés dans la LMRSSS.

En outre, cinq établissements publics desservent une population nordique et autochtone. Ils ne figurent pas dans l'illustration ci-dessus.

Le ministère

En fonction de sa mission, le MSSS 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. Le MSSS 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 MSSS 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 MSSS 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 RAMQ, 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 MSSS, au www.msss.gouv.qc.ca/ministere/organisme.php.

Quelques données sur les effectifs du MSSS 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 2016, on comptait :

- 1 013 cadres, professionnels et fonctionnaires au MSSS, 20 au Commissaire à la santé et au bien-être et 1 641 cadres, professionnels et fonctionnaires à la RAMQ;
- 266 337 cadres ou salariés dans les établissements publics ou privés conventionnés :
 - 192 846 personnes affectées aux programmes-services, ce qui inclut notamment 113 657 infirmières, infirmières auxiliaires ou préposés aux bénéficiaires et 58 888 techniciens ou professionnels de la santé et des services sociaux;
 - 73 491 personnes affectées aux programmes-soutien ou membres du personnel d'encadrement.

De plus, en 2015-2016, 31 111 professionnels ont reçu une rémunération de la RAMQ, dont 9 027 médecins omnipraticiens et 10 149 médecins spécialistes.

Le réseau de la santé et des services sociaux

Le MSSS 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 se préoccupent de la participation de la population à la gestion du réseau, de la santé publique, de l'allocation budgétaire et de l'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 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 aux niveaux local, régional ou national.

Au 31 mars 2017, le réseau de la santé et des services sociaux comptait 141 établissements : 51 étaient publics et 90, privés (dont 39 privés et conventionnés). Ces établissements gèrent 1 649 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 d'une fusion, au 1^{er} avril 2015, 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. De ces 22 centres intégrés, 9 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 comme institut universitaire dans le domaine social. Quant aux 29 autres établissements publics, ils sont divisés ainsi :

- 4 centres hospitaliers universitaires (CHU), 2 instituts universitaires (IU), et 1 institut non fusionné à un centre intégré, tous rattachés au MSSS 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 CHU Sainte-Justine,
 - l'Institut de Cardiologie de Montréal,
 - l'Institut Philippe-Pinel de Montréal;
- 5 établissements publics 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 ils sont affiliés.

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.

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.

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 1 447 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes²;
- de 302 GMF;
- de 1 895 pharmacies communautaires;
- de services préhospitaliers d'urgence totalisant 680 ambulances et 70 véhicules d'appoint;
- de 3 425 organismes communautaires et de 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique;
- de 1 956 ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupe, etc.) et de 7 533 ressources de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) rattachées aux établissements publics;
- de 1 832 résidences privées pour aînés.

Les partenaires du domaine sociosanitaire

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

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

Enfin, pour remplir leur mission, le MSSS et son réseau entretiennent des relations directes avec des acteurs agissant, aux niveaux local, régional ou national, dans différents secteurs d'activité tels que l'éducation, l'habitation, le revenu, l'environnement et le transport.

2. L'écart entre le résultat de cette année et les résultats des années précédentes s'explique par la présence de variables aux différents rapports d'extraction qui n'auraient pas dû y être. Les résultats antérieurs comptabilisaient notamment les GMF, les cliniques d'imagerie médicale et les cliniques de laboratoire.

PARTIE 2

LES RÉSULTATS

La deuxième partie traite des résultats en 2016-2017 au regard des engagements ciblés dans le Plan stratégique 2015-2020, le Plan d'action de développement durable 2016-2020 et la Déclaration de services aux citoyens³.

2.1 LE PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020

La présente section fait état des résultats relatifs aux 22 objectifs du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS. 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 MSSS 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	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Proportion de fumeurs actuels de 12 ans ou plus	20,9 % ¹	18,6 % ²	16 %

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

2. Ce résultat couvre l'année civile 2015 et provient de données d'enquête populationnelle tirées de l'ESCC.

Mise en contexte

En raison des nombreux problèmes de santé associés au tabagisme, il est important d'agir afin de diminuer les conséquences néfastes pour les individus. Le tabagisme cause notamment l'accoutumance et la dépendance et diminue l'espérance de vie des fumeurs. La fumée de tabac nuit aussi à la santé des non-fumeurs lorsqu'ils y sont exposés.

3. 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.

Explication des résultats et des écarts

La proportion de fumeurs de 12 ans ou plus se situe à 18,6 % (ESCC 2015) de la population québécoise. Elle était de 20,9 % pour la période précédente (2013 et 2014). Le résultat est prometteur pour atteindre la cible de 16 % d'ici 2020. Toutefois, des changements importants ont été apportés par Statistique Canada à la base de sondage, à l'échantillonnage, à la collecte et à la pondération des résultats et il y a eu des révisions importantes apportées au contenu de l'enquête. Tous ces facteurs réunis signifient qu'il faut être prudent lorsque des données antérieures sont comparées à des données publiées pour le cycle 2015. Statistique Canada ne recommande pas de faire de comparaison entre les données de 2015 et celles des années antérieures.

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. 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.). Les efforts visant la réduction du tabagisme se poursuivent, notamment par l'application des différentes mesures prévues par la Loi concernant la lutte contre le tabagisme.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Cibles 2020
Proportion de la population de 12 ans ou plus consommant 5 fois ou plus de fruits et légumes par jour	47 % ¹	39 % ²	50 %
Proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports	47 % ¹	54 % ²	51 %

1. Ce résultat couvre les années civiles 2013 et 2014, et provient de données d'enquête populationnelle tirées de l'ESCC.

2. Ce résultat couvre l'année civile 2015 et provient de données tirées de l'ESCC.

Mise en contexte

L'adoption de saines habitudes alimentaires et d'un mode de vie physiquement actif est un facteur de protection contre l'excès de poids et les maladies chroniques associées. Favoriser les saines habitudes de vie nécessite des interventions dans les différents milieux afin de s'assurer de faciliter les choix sains au quotidien.

Explication des résultats et des écarts

La proportion de la population de 12 ans ou plus consommant cinq fois ou plus de fruits et légumes par jour s'élève à 39 % en 2015. La proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports est de 54 %, soit supérieure à la cible établie. Toutefois, des changements importants ont été apportés par Statistique Canada à la base de sondage, à l'échantillonnage, à la collecte et à la pondération des résultats et il y a eu des révisions importantes apportées au contenu de l'enquête. Tous ces facteurs réunis signifient qu'il faut être prudent lorsque des données antérieures sont comparées aux données publiées pour le cycle 2015. Statistique Canada ne recommande pas de faire de comparaison entre les données de 2015 et celles des années antérieures.

Des mécanismes de concertation, tant dans le domaine de la saine alimentation que dans celui du mode de vie actif, ont été mis en place. Les concertations permettent aux organismes nationaux et aux ministères de coordonner leurs efforts et de concevoir des projets portant, par exemple, sur le développement moteur chez les jeunes, sur les normes sociales en alimentation et sur l'alimentation des enfants.

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont déployé une variété d'initiatives auprès des jeunes pour leur donner le goût de bien se nourrir et de bouger 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 et les milieux de travail sont des lieux d'intervention privilégiés.

L'atteinte des cibles fixées demande des efforts soutenus durant plusieurs années en raison du temps requis pour changer les comportements au sein de la population.

AXE : Prévention des infections

OBJECTIF 2 Accroître la vaccination grippale chez les malades chroniques

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Taux de vaccination chez les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé	33 % ¹	24 % ²	80 %

1. Ce résultat couvre la saison grippale 2013-2014.

2. Ce résultat couvre la saison grippale 2015-2016.

Mise en contexte

Les personnes âgées de 18 à 59 ans ayant une maladie chronique, tout comme les personnes âgées de 60 ans et plus et les enfants âgés de 6 à 23 mois, sont plus à risque de développer des complications (hospitalisations et décès) après une grippe que les personnes en bonne santé. C'est pour cette raison que ces groupes sont visés par le programme québécois de vaccination contre la grippe. Le résultat est estimé à partir d'une enquête populationnelle réalisée tous les deux ans. La vaccination demeure la meilleure protection contre la grippe.

Explication des résultats et des écarts

La cible de couverture vaccinale (CV) visée dans le Programme national de santé publique est de 80 %. Au terme de la saison 2015-2016, un peu moins du quart (24 %) des malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé auraient reçu le vaccin contre la grippe sur la base de *l'Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière et le pneumocoque et sur les déterminants de la vaccination : 2016*. La CV serait plus élevée dans le groupe des 50-59 ans (30 %) que dans celui des 18-49 ans (20 %), bien que l'écart ne soit pas statistiquement significatif.

Les données de 2015-2016 dénotent une baisse importante de la CV par rapport à 2013-2014, où 33 % des malades chroniques auraient été vaccinés contre la grippe. La diminution de la CV touche aussi bien les 18-49 ans que les 50-59 ans, les deux groupes d'âge présentant une baisse de 10 points de pourcentage chacun. Ainsi, chez les 18-49 ans, la CV est passée de 30 % à 20 % et, chez les 50-59 ans, de 40 % à 30 %.

Chez les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans, les principales raisons de la non-vaccination contre la grippe sont : la faible perception de sa propre vulnérabilité, la peur des effets secondaires et le manque d'intérêt ou d'information au sujet du vaccin contre la grippe. Ces raisons expliquent en partie l'écart entre la CV observée en 2015-2016 et la cible visée. Une promotion de la vaccination contre la grippe auprès des associations de malades chroniques par le biais de leurs différents outils de communication (bulletin, site Web) se poursuit. La prochaine campagne de communication prévue à l'occasion de la campagne de vaccination 2017-2018 continuera d'axer ses messages sur la clientèle des malades chroniques. Les efforts se poursuivent afin d'accroître la CV pour cette clientèle.

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

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	35 609 ¹ (augmentation de 16 %)	40 307 ¹ (augmentation de 32 %)	35 221 ¹ (augmentation de 15 %)

1. Le point de départ 2014-2015 est de 30 627 activités de dépistage, excluant les activités médicales. La cible et le résultat de 2015-2016 ont été ajustés afin d'exclure les activités médicales. Ces modifications visent à faciliter la comparaison avec le résultat de 2016-2017 et les résultats à venir au cours des prochaines années, puisque ceux-ci ne prennent pas en compte ce type d'activité.

Mise en contexte

Le dépistage consiste à déceler un problème, par exemple une 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 reconnue efficace par les organisations nationales et internationales se préoccupant de soins préventifs.

Les tests de dépistage visés par cet indicateur, auprès des jeunes de 15 à 24 ans, sont pour les infections suivantes : l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) et autres ITSS (l'infection à *Chlamydia trachomatis*, y compris la lymphogranulomatose vénérienne, l'infection gonococcique et la syphilis).

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans forment un groupe de la population plus exposé aux ITSS. En effet, l'incidence des cas déclarés de *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique augmente de manière constante, notamment chez ce groupe d'âge particulièrement vulnérable aux ITSS.

Explication des résultats et des écarts

Pour l'ensemble du Québec, l'augmentation pour l'année 2016-2017, par rapport à l'année 2015-2016, est de 13 % grâce aux efforts soutenus qui ont été réalisés par la majorité des territoires. Ainsi, 40 307 activités de dépistage ont été réalisées cette année. 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 : promotion des activités de dépistage des ITSS dans les écoles secondaires et les cégeps, évaluation de l'accessibilité au dépistage et évaluation et résolution des problèmes de saisie. La poursuite de ces efforts permettra d'optimiser la cible à atteindre en 2020.

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 ligne

OVT

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	71 %	75 %	85 %

Mise en contexte

L'accès aux soins de première ligne, notamment à un médecin de famille, est un enjeu persistant depuis plusieurs années. L'inscription auprès d'un médecin de famille et le suivi par ce médecin ou, mieux encore, par une équipe de professionnels en première ligne, donne au patient un point d'ancrage pour ses besoins de soins de santé et de services sociaux.

L'inscription des patients dans un groupe de médecine de famille (GMF) vise à favoriser l'accès à une équipe de soins, incluant le médecin, l'infirmière, le pharmacien, le travailleur social et d'autres professionnels.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2017, plus de quatre millions de personnes (4 269 189), soit 54 % de la population admissible du Québec, étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant dans un GMF et le nombre s'approche de six millions de personnes (5 974 640), soit 75 % 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 337 245 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 au printemps 2015 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), 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 aux activités médicales particulières et la formation pour la pratique en accès adapté. De plus, le guichet d'accès à un médecin de famille, mis en œuvre en avril 2016, facilite le lien entre les patients et les médecins en ce qui a trait à l'inscription. Malgré cela, l'inscription de patients est tributaire de la capacité des médecins de famille à suivre les patients. Au 31 mars 2017, l'objectif d'inscription était de 77 % de la population. L'effort d'inscription doit se poursuivre du côté des médecins de famille afin d'atteindre la cible finale d'inscription au 31 décembre 2017, soit 85 % de la population.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Nombre total de GMF	263	302	300

Mise en contexte

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.

La mise en application du nouveau Programme GMF, en novembre 2015, a stimulé l'intérêt pour ce modèle d'organisation par le renforcement du soutien professionnel, l'allègement des processus administratifs et la clarification des modalités d'application.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2017, on comptait 302 GMF au Québec, ce qui représente une augmentation de 39 GMF par rapport à l'année précédente. L'objectif visé est donc atteint. Les GMF regroupent plus de 5 000 médecins travaillant au sein d'un cabinet médical, dans un CLSC ou dans une unité de médecine familiale. Par ailleurs, 714 infirmières en équivalent temps complet (ETC), 391 travailleurs sociaux en ETC et 322 autres professionnels en ETC sont en poste dans les 302 GMF.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Nombre total de GMF-R (super-cliniques)	0	6	50

Le Programme de désignation réseau pour les GMF est en vigueur depuis le 28 avril 2016. Il vise notamment à préciser les procédures du modèle des GMF-R, aussi nommées super-cliniques, en complémentarité avec l'offre de service en GMF, assurant ainsi :

- un filet de sécurité pour éviter que des cas urgents simples et des cas semi-urgents se retrouvent aux urgences;
- des services de proximité intégrés en matière de prélèvements, d'imagerie médicale et de consultations spécialisées.

Au 31 mars 2017, six super-cliniques étaient désignées. Elles étaient anciennement reconnues comme des cliniques-réseau.

Explication des résultats et des écarts

L'adhésion au modèle GMF-R fait face à une résistance importante des cliniciens à l'effet d'offrir des heures étendues de services. De plus, les établissements du réseau, pour lesquels le déploiement des GMF-R exige un effort supplémentaire de financement, ont demandé un soutien de la part du MSSS.

Par ailleurs, les modalités de soutien aux établissements sont actuellement en révision. De nombreuses autres demandes de désignation réseau sont actuellement à l'étude au MSSS.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	62 %	62 %	75 %

Mise en contexte

Les services de proximité constituent la porte d'entrée du réseau et son fonctionnement influence grandement la performance globale du système de santé et de services sociaux. Ainsi, l'accès aux services de proximité représente un enjeu important au Québec.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2017, 62 % des premiers services de nature psychosociale ont été dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC). Ce résultat représente globalement le délai d'accès à un premier service de nature psychosociale de la mission CLSC, c'est-à-dire la durée pendant laquelle un usager est en attente de recevoir un premier service de cette nature, alors qu'il ne reçoit aucun autre service.

Les résultats des années 2015-2016 et 2016-2017 sont stables. D'importants travaux d'amélioration, lesquels visent, entre autres, à réduire les délais d'attente, sont en cours pour renforcer l'accès aux services de proximité. À terme, un mécanisme d'accès unique et standardisé avec une vision intégrée des services de santé et des services sociaux sera effectif tant dans les établissements que dans les GMF. Ce mécanisme contribuera à assurer une accessibilité optimale aux services et contribuera à l'atteinte de la cible de 2020.

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

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Cibles 2020
Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	60 %	61 %	85 %
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	59 %	60 %	85 %
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,7 h	15,6 h	12 h

Mise en contexte

Afin de désengorger les urgences et de s'assurer que les services d'urgences sont offerts aux personnes appropriées, un investissement de 100 millions de dollars a été annoncé le 7 décembre 2016 pour créer davantage de places destinés aux personnes nécessitant des services en hébergement, en réadaptation, en convalescence et en santé mentale, qui utilisent actuellement les services d'urgence faute de place disponible. Cet investissement améliorera la fluidité à l'intérieur des centres hospitaliers, ce qui aura un impact positif sur la diminution de la durée moyenne de séjour sur civière dans les urgences. Le nombre de visites comptabilisées (ambulatoires et sur civière) atteint 3 743 707 pour l'année 2016-2017 comparativement à 3 741 500 pour l'année 2015-2016.

Explication des résultats et des écarts

En 2016-2017, le pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures se situait à 61 %, soit une augmentation de 1 point de pourcentage par rapport au résultat de 60 % de 2015-2016. Ce résultat s'explique notamment par la forte pression exercée sur le réseau à diminuer le nombre de patients sur civières de plus de 48 heures.

En 2016-2017, le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures se situait à 60 %, soit une augmentation de 1 point de pourcentage par rapport au résultat de 59 % de 2015-2016. L'augmentation des visites ambulatoires et sur civières explique ce résultat. Une nouvelle orientation ministérielle concernant la réorientation de la clientèle moins prioritaire (P4-P5) agira à améliorer les résultats lors de la prochaine année.

En 2016-2017, la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence se situait à 15,6 h. Par rapport au résultat de 15,7 h obtenu en 2015-2016, le résultat de cette année est demeuré stable. Une augmentation de 2,8 % des visites sur civières dans les urgences du Québec explique en partie cette stabilité.

AXE : Services spécialisés

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

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	60 %	62 %	100 %

Mise en contexte

L'accès à l'imagerie médicale est important, car il permet d'obtenir un diagnostic précis concernant le problème de santé du patient. À cet égard, en 2016-2017, le MSSS a ajouté le suivi de l'accès à la tomographie par émission de positrons, ce qui n'était pas le cas dans les années précédentes. De plus, depuis le 29 décembre 2016, les échographies réalisées en cabinet privé par un radiologiste sont maintenant assurées par le régime québécois d'assurance maladie.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2017, 62 % des patients inscrits sur les listes d'attente des différentes modalités d'imagerie médicale l'étaient depuis moins de trois mois. Il s'agit d'une légère amélioration par rapport à l'année précédente. Notons que 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, considérant leur volume.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an	6 309	3 112	0

Mise en contexte

Un accès plus rapide aux chirurgies contribue à favoriser une meilleure prise en charge des problèmes de santé ainsi que la qualité des services offerts aux patients. Le MSSS a annoncé qu'à terme, il ne devait plus y avoir de demandes de chirurgies qui attendent plus d'un an.

Explication des résultats et des écarts

En 2016-2017, 3 112 patients étaient en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an, ce qui représente une réduction de 50 % comparativement au résultat de 2015-2016. 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 janvier 2016, une entente a été signée entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec afin d'assurer à la population un meilleur accès aux services dispensés par les médecins spécialistes. Cette entente prévoit 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	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Pourcentage des personnes de 50 à 74 ans ayant été dépistées pour le cancer colorectal au cours des deux dernières années	Non disponible	33 %	40 %

Mise en contexte

Le dépistage du cancer colorectal vise à détecter le cancer à un stade peu avancé, avant que les signes et symptômes de la maladie apparaissent, afin d'augmenter les chances de succès du traitement. Il est recommandé aux personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen (sans symptôme et sans autre facteur de risque) de passer un test de dépistage par RSOSi tous les deux ans. Ce test consiste à prélever un échantillon de selles à la maison pour ensuite l'analyser en laboratoire afin de vérifier s'il y a des traces de sang invisibles à l'œil nu, ou occultes, dans les selles.

Explication des résultats et des écarts

En 2016-2017, on estime que 33 % des personnes de 50 à 74 ans ont été dépistées par test de RSOSi pour le cancer colorectal au cours des deux dernières années financières. Le résultat obtenu est près de la cible désirée pour 2020. Les campagnes d'information ont donc eu l'effet escompté (publireportage dans les revues médicales, mise en ligne de contenu dans la section « Professionnel » du site Web du MSSS et sur le Portail santé mieux-être). Le déploiement à venir du Programme de dépistage du cancer colorectal est une mesure qui contribuera à améliorer la performance de cet indicateur et l'atteinte de la cible en 2020.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	61 %	63 % ¹	90 %

1. Le calcul du pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans les délais établis exclut les chirurgies urgentes, les chirurgies ambulatoires, les endoscopies diagnostiques et les chirurgies réalisées à l'extérieur du bloc opératoire.

Mise en contexte

L'accès à des soins et à des services de qualité et dans les temps opportuns est une priorité dans le réseau de la santé. Le suivi de cet indicateur permet de dresser un portrait global de l'accès à la chirurgie oncologique au Québec et incite chaque établissement à considérer les délais d'attente et à adapter en conséquence leur gouverne en cancérologie.

Explication des résultats et des écarts

En 2016-2017, la proportion des patients ayant été traités par chirurgie oncologique à l'intérieur du délai de 28 jours a été de 63 %. Ce résultat représente une légère progression par rapport au résultat de 61 % obtenu en 2015-2016, mais demeure éloigné de la cible établie à 90 % pour 2020.

L'écart observé entre la cible fixée et le résultat obtenu s'explique 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, l'état de santé du patient, la disponibilité des médecins, la disponibilité des blocs opératoires, la gestion des patients en attente ainsi que la validité des listes d'attente.

Par ailleurs, afin d'améliorer la situation, le MSSS a entrepris, depuis l'automne 2015, un travail d'accompagnement personnalisé visant à soutenir les établissements dans la révision de leur processus de gestion des listes d'attente en ce qui concerne la chirurgie oncologique. Les premiers efforts ont visé à diminuer le nombre de personnes traitées par chirurgie oncologique au-delà de 56 jours. Ainsi, cette année, environ 90 %⁴ des patients ont été traités par chirurgie oncologique à l'intérieur d'un délai de 56 jours, comparativement à 88 % l'année passée.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Taux de mortalité due au cancer colorectal	29,8 par 100 000 habitants ¹ (augmentation de 0,5 décès par rapport à 2010)	28,9 par 100 000 habitants ¹ (diminution de 0,4 décès par rapport à 2010)	25,8 par 100 000 habitants (diminution de 3,5 décès par rapport à 2010)

1. Le résultat de 2015-2016 date de 2011, alors que le résultat de 2016-2017 date de 2012, puisque ce sont les résultats les plus récents du taux ajusté de mortalité due au cancer colorectal.

Mise en contexte

Le suivi de façon continue de l'état de santé est une démarche essentielle afin de mieux connaître l'évolution de la maladie, de comprendre les facteurs qui l'influencent et d'offrir des soins et des services adaptés pour tous. Le présent indicateur permet de connaître le taux de mortalité, c'est-à-dire le nombre de personnes ayant pour cause de décès le cancer colorectal. Il se calcule par 100 000 habitants.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2017, le résultat le plus récent du taux ajusté de mortalité due au cancer colorectal date de 2012, et il s'établit à 28,9 décès par 100 000 habitants. Ce résultat représente une diminution de 0,4 décès par 100 000 habitants par rapport à celui de 2010, qui était de 29,3 décès par 100 000 habitants. Mentionnons tout de même que, pour l'année 2017, une projection situe le taux ajusté de mortalité à 28,3 décès par 100 000 habitants.

Par ailleurs, certaines activités ont été menées au cours de l'année 2016-2017 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 le dépistage opportuniste, l'utilisation de la chimiothérapie en adjuvant et l'emploi de meilleurs traitements pour les cas métastatiques qui favorisent la diminution du taux de mortalité par 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	Résultats 2016-2017	Cibles 2020
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 % (77/89)	94 % (84/89)	95 % (85/89)
• Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	93 % (83/89)	91 % (81/89)	95 % (85/89)
• Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	94 % (44/47)	98 % (47/48)	95 % (46/48)

4. Le calcul du pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans les délais établis exclut les chirurgies urgentes, les chirurgies ambulatoires, les endoscopies diagnostiques et les chirurgies réalisées à l'extérieur du bloc opératoire.

Mise en contexte

Les infections nosocomiales (IN) sont des infections acquises lors d'un épisode de soins de santé. Elles sont considérées comme des indicateurs de la qualité de soins sur lesquels on peut agir à condition de mettre en place les mesures nécessaires. Ainsi, la surveillance des IN est une approche d'amélioration continue de la qualité permettant d'analyser l'efficacité des mesures de prévention et de contrôle des IN.

Explication des résultats et des écarts

Diarrhées associées à *Clostridium difficile*

Parmi les 89 installations participant en 2016-2017 au Programme de surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD), 84 (94 %) ont eu un taux annuel d'incidence de ces infections inférieur ou égal au seuil établi en prenant en compte leurs caractéristiques (nombre de lits, âge de la clientèle). Pour les DACD, la cible est de 95 % des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), ce qui correspond à l'atteinte des objectifs dans 85 des 89 installations visées par le programme de surveillance. Ces résultats font état d'une amélioration importante comparativement à l'année 2015-2016, alors que seulement 77 des 89 installations participantes (87 %) avaient enregistré un taux annuel d'incidence inférieur ou égal au seuil établi dans leur catégorie d'installations. Cinq installations demeurent avec des taux supérieurs à la norme établie dans leur catégorie, mais quatre d'entre elles ont vu leurs taux de DACD diminuer depuis 2015-2016.

Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)

En 2016-2017, 91 % (81/89) des installations participant au programme de surveillance des bactériémies à SARM respectaient le taux d'incidence ciblé, comparativement à 93 % (83/89) l'année précédente. Parmi les huit installations qui affichaient des taux au-dessus des seuils en 2016-2017, seulement trois affichaient aussi des taux élevés au cours de l'année précédente. La majorité des installations jugées non conformes en 2016-2017 sont de petits CHSGS.

Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse

En 2016-2017, 47 des 48 unités d'hémodialyse (98 %) avaient un taux de bactériémies associées aux accès vasculaires au-dessus de la norme fixée à 0,64 cas par 1 000 jours-cathéters. On peut donc considérer que la cible fixée au Plan stratégique 2015-2020 a été atteinte. La seule installation affichant un taux supérieur au seuil établi en 2016-2017 rapportait un total de trois cas au cours de l'année.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	Non disponible	56 %	80 %

Mise en contexte

L'hygiène des mains est la stratégie qui permet le mieux de prévenir la transmission des microorganismes dans les milieux de soins, ce comportement contribuant directement à la sécurité des patients. Tous les professionnels et les travailleurs du domaine de la santé sont concernés par cette mesure. Ainsi, une recherche mondiale soutenue par l'Organisation mondiale de la santé a révélé que l'amélioration de l'hygiène des mains pouvait entraîner une diminution allant jusqu'à 50 % des infections associées aux soins de santé.

Explication des résultats et des écarts

Le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements s'établit à 56 %. L'indicateur sur l'hygiène des mains était en expérimentation pour l'année 2016-2017. De plus, la méthodologie concernant l'observation de l'hygiène des mains dans les établissements de santé a été rendue disponible à l'ensemble du réseau seulement en janvier 2017. Ainsi, jusqu'en janvier, les méthodes de compilation des informations pouvaient être différentes d'un établissement à l'autre. Cette différence méthodologique pourrait expliquer en partie le résultat obtenu.

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	Résultat 2016-2017	Cibles
Nombre de plans d'action produits dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services	4	5	12 en 2017 22 en 2020 ¹

1. Le MSSS détermine sa nouvelle cible pour 2020, étant donné que la cible pour 2017 se terminait au 31 mars 2017.

Mise en contexte

Le MSSS a lancé, au cours de l'automne 2015, un grand chantier visant à accroître la pertinence de plusieurs technologies, médicaments, interventions, examens et traitements à partir d'une démarche scientifique et clinique basée sur des données probantes. Les projets qui font l'objet de plans d'action portent actuellement sur les thèmes de « l'usage optimal des médicaments » et du « volet santé ». L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) agit comme maître d'œuvre du développement des recommandations cliniques.

En raison des sommes considérables consacrées à la couverture des médicaments, il importe de s'assurer du meilleur usage possible de ceux-ci au regard de leur coût et des bénéfices cliniques qu'ils procurent.

Explication des résultats et des écarts

Au cours de l'exercice 2016-2017, une nouvelle mesure administrative visant à limiter le remboursement du nombre de réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (bandelettes) a été déployée. Cette mesure porte à cinq le nombre total de plans d'action mis en œuvre depuis le début de la planification stratégique, tous sous le thème de « l'usage optimal des médicaments ».

Les travaux du chantier se poursuivent par ailleurs pour les statines, les biphosphonates, les opioïdes, les médicaments pouvant entraîner un risque de chutes pour les personnes âgées (particulièrement les antipsychotiques), les antibiotiques ainsi que les médicaments utilisés pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Quant au « volet santé », la mise en œuvre des recommandations de l'INESSS dans les divers projets s'est avérée plus complexe que prévu. Cependant, l'INESSS a quand même été en mesure de produire des normes qui ont été publiées au cours de l'année 2016-2017.

AXE: Personnes âgées

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

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Cibles 2020
Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée	Diminution de 0,9 % (129 554 personnes)	Augmentation de 1,8 % (132 992 personnes)	Augmentation de 15 % (150 313 personnes)
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 %	76 %	90 %

Mise en contexte

Le nombre de personnes requérant des services à domicile est en augmentation constante, et ce, en raison du vieillissement de la population, mais aussi parce que le maintien à domicile demeure le premier choix pour bon nombre de personnes qui ont des besoins de soins et de services. Ainsi, il est primordial que ces personnes aient une évaluation à jour et un plan d'intervention.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2017, un total de 132 992 personnes desservies en soutien à domicile a été observé, soit une hausse de 1,8 % comparativement au résultat de 130 707 personnes au 31 mars 2015, première année du plan stratégique. Cette hausse peut être expliquée par les travaux intensifs sur le soutien à domicile ainsi que les récents investissements en la matière.

Quant au pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention, il est passé de 70 % au 31 mars 2016 à 76 % au 31 mars 2017.

Des actions sont en cours afin de renforcer l'accessibilité, la pertinence et l'intensité des soins et des services en soutien à domicile. De plus, un investissement récurrent de 60 millions de dollars contribuera à l'atteinte de la cible de 2020.

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

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées implantés de façon optimale	43 %	72 %	80 %

Mise en contexte

La mise en œuvre des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) représente le moyen retenu pour arriver à une meilleure intégration des soins et des services destinés à la population vieillissante, et ce, depuis 2009. L'objectif visé par les RSIPA est d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services. Pour ce faire, les établissements doivent atteindre un taux d'au moins 80 % d'implantation des neuf composantes des réseaux de services intégrés dans chacun de leur réseau local de services (RLS).

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2017, 72 % des RSIPA avaient été implantés de façon optimale. Ce résultat est une amélioration notable comparativement au résultat du 31 mars 2016, alors que 43 % des RLS avaient implanté leur RSIPA de façon optimale.

La poursuite de l'implantation des RSIPA est soutenue par l'Outil de suivi d'implantation des réseaux de services intégrés. Le MSSS veille également à l'actualisation des orientations en lien avec les meilleures pratiques pour l'intégration des services.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA)	31 %	56 %	70 %

Mise en contexte

Depuis 2011-2012, les établissements du réseau doivent favoriser l'adoption en milieu hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées de 75 ans et plus admises à l'urgence ou dans les unités de soins en milieu hospitalier. Ces pratiques sont décrites dans le cadre de référence de l'AAPA.

Pour prévenir la diminution des capacités fonctionnelles, l'AAPA repose sur six composantes : 1) le soutien à l'implantation; 2) la gouvernance clinique; 3) la formation et les activités d'accompagnement; 4) l'algorithme de soins cliniques; 5) les interventions cliniques; 6) l'évaluation de la qualité. 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.

Explication des résultats et des écarts

Pour l'année 2016-2017, 56 % des milieux hospitaliers ont implanté l'AAPA, soit 55 milieux hospitaliers sur un total de 98. Cela représente une augmentation de 25 milieux hospitaliers par rapport à 2015-2016.

En 2016-2017, les travaux ont porté principalement sur les composantes 4, 5 et 6, plus précisément sur les indicateurs de résultats visant l'évaluation de la qualité et la mesure de l'implantation de l'approche. De plus, un *Guide de soutien aux établissements pour prévenir et résoudre le phénomène* a été réalisé afin d'éviter la présence d'usagers occupant des lits de soins aigus de courte durée en milieu hospitalier, mais ne requérant plus ce niveau de soins.

AXE : Personnes vulnérables

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

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	Diminution de 1,3 % ¹ (21 449 usagers)	Augmentation de 4,9 % ¹ (22 796 usagers)	Augmentation de 15 % (24 988 usagers)

1. Le résultat est calculé par rapport au résultat du 31 mars 2015, soit 21 729 usagers.

Mise en contexte

Avec son Plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie, le MSSS 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.

Explication des résultats et des écarts

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 2017, 22 796 usagers ont bénéficié de tels services, soit une augmentation de 1 347 usagers (6 %) par rapport au résultat de 2015-2016 (21 449 usagers). Des actions se poursuivent pour améliorer l'organisation des services en soins palliatifs et de fin de vie à domicile des territoires sociosanitaires.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	Non disponible	16,5 %	18,5 % ¹

1. La cible de 18,5 % a été déterminée au cours de l'année 2016-2017.

Mise en contexte

Cet indicateur mesure le nombre d'usagers décédés à domicile parmi l'ensemble des usagers ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile au sein des établissements ayant une mission de CLSC. Il évalue, entre autres, les effets des mesures prioritaires par le MSSS afin de faciliter le maintien des personnes dans leur milieu de vie. Celui-ci s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique en soins palliatifs de fin de vie, la Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre s-32.0001) et le Plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie.

Explication des résultats et des écarts

Bien que ce nouvel indicateur ait été en expérimentation pour la période 2016-2017, les résultats permettent de constater que 16,5 % des usagers décédés à domicile ont reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile. Le maintien à domicile des usagers en soins palliatifs et de fin de vie est influencé par la disponibilité et l'accès aux soins et aux services ainsi que par la présence ou l'absence de proches aidants, ce qui peut se traduire par une augmentation du nombre de personnes desservies ou une augmentation du nombre d'interventions par personne à domicile ou les deux.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	804	867	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.

Mise en contexte

Le nombre de lits réservés en soins palliatifs s'actualise dans une volonté 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.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2017, le Québec compte 867 lits réservés en soins palliatifs dans les différents milieux de soins suivants : centres hospitaliers, maisons de soins palliatifs et CHSLD. Cela représente une augmentation de 63 lits (8 %) par rapport au résultat de 2015-2016 (804 lits réservés).

Bien que la cible 2020 (862 lits réservés) soit atteinte pour l'ensemble du Québec, l'ajout de lits réservés se poursuivra dans le but de consolider l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie dans certains territoires sociosanitaires.

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	Résultats 2016-2017	Cibles 2020
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	231 jours	90 jours
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	61 %	90 % ¹

1. La cible de 90 % a été déterminée au cours de l'année 2016-2017.

Mise en contexte

Le délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de cinq ans, présentant un TSA, est calculé pour les services d'adaptation et de réadaptation ainsi que pour 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 favorise une meilleure gestion de l'anxiété.

Le suivi 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 vise à assurer la continuité des services à la fin du parcours scolaire. 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.

Explication des résultats et des écarts

En 2016-2017, le délai moyen d'accès aux services spécialisés pour les enfants ayant un TSA est de 231 jours. Une des raisons justifiant l'écart avec la cible de 2020 est la hausse des demandes de 28 % par rapport à l'année dernière. Considérant la situation de la région de Montréal, où les délais d'accès sont particulièrement importants, des travaux liés aux services offerts aux enfants de 0 à 7 ans sont en cours. De plus, le versement, dans le cadre du Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022, d'un budget récurrent de 29 millions de dollars, accompagné d'un budget non récurrent de 11 millions de dollars, devrait faciliter l'amélioration des résultats au cours des prochaines années.

Parmi les élèves de 21 ans et plus ayant terminé leur scolarité en 2016, 61 % ont accès à des activités de jour ou de soutien à l'intégration au travail. Le suivi de cet indicateur s'appuie sur une forte collaboration avec le réseau de l'éducation.

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

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Cibles 2020
Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	3 962	4 060	4 600
Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	8 297	8 637	12 000

Mise en contexte

Les personnes atteintes de troubles mentaux graves peuvent bénéficier de services qui visent leur rétablissement, dont les services de suivi intensif dans le milieu (SIM) et de soutien d'intensité variable (SIV). Ce sont des services dont le développement est prioritaire pour le MSSS, puisqu'ils permettent aux personnes visées de demeurer dans leur milieu de vie, malgré leurs symptômes et les limitations fonctionnelles qu'ils peuvent entraîner.

Explication des résultats et des écarts

En date du 31 mars 2017, le MSSS avait reconnu 4 060 places pour le SIM et 8 637 places pour le SIV dans l'ensemble des réseaux territoriaux de services du Québec. Cela représente un écart respectif de 540 places en SIM et de 3 363 places en SIV par rapport aux cibles nationales de 2020. En avril 2017, 15 millions de dollars ont été injectés pour favoriser l'implantation de nouvelles équipes offrant des services de suivi intensif dans le milieu ou de soutien d'intensité variable. Plus particulièrement, cet investissement permettra aux régions stratégiques ayant plus de difficulté à déployer des places en SIM et en SIV de mieux s'ajuster et de tendre vers l'atteinte des cibles du plan stratégique.

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

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	75 %	82 %	90 %

Mise en contexte

Ces services visent à détecter les personnes qui présentent des comportements à risque ou un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives ou à la pratique des jeux de hasard et d'argent. Parce qu'ils sont un moyen privilégié de rejoindre les personnes dans les différents milieux qu'elles fréquentent, ces services constituent la principale porte d'entrée du continuum de services publics en dépendance et permettent conséquemment d'orienter les personnes vers des services qui conviennent à leurs besoins.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2017, le taux d'implantation des services de détection et d'intervention précoce en matière de dépendance offerts par les centres intégrés se situait à 82 %, alors qu'en 2015-2016, le résultat était de 75 %. Cette progression s'explique par une appropriation accrue de l'objectif par les établissements concernés, et ce, à la lumière de la gouvernance renouvelée du réseau. Des efforts demeurent à consentir pour atteindre la cible de 90 %, notamment en ce qui a trait à l'harmonisation des pratiques au sein des différents réseaux territoriaux de services.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance	Non disponible	Non disponible	100 % ¹

1. La cible a été déterminée afin que 100 % des établissements ciblés aient implanté le protocole d'ici 2020.

Mise en contexte

Au cours de l'année 2016-2017, le MSSS a poursuivi ses travaux relatifs à l'élaboration d'un modèle de protocole d'intervention, avec la collaboration du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Le dépôt du modèle de protocole aux établissements de santé et de services sociaux est prévu en 2017. Ces derniers auront ensuite la responsabilité de l'implanter.

Explication des résultats et des écarts

La collecte d'informations permettant de mesurer le degré d'implantation des protocoles débutera en 2017-2018.

OBJECTIF 16 Améliorer le soutien aux familles en situation de négligence

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,34 jeunes sur 1 000	10,46 jeunes sur 1 000	10 jeunes sur 1 000

Mise en contexte

La négligence envers les enfants est la principale cause de signalements en protection de la jeunesse, et le MSSS souhaite une réduction de ce taux de prise en charge à un maximum de 10 jeunes sur 1 000 d'ici 2020. C'est en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux parents aux prises avec cette problématique qu'une diminution du taux de jeunes pris en charge pourra être constatée.

Explication des résultats et des écarts

En 2016-2017, 10,46 jeunes sur 1 000 étaient pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence, ce qui représente une hausse de 1,2 % par rapport au taux de 10,34 jeunes en 2015-2016. Au total, 16 228 jeunes ont été pris en charge pour un motif de négligence comparativement à 15 869 jeunes en 2015-2016.

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 ainsi que les efforts visant à améliorer l'organisation des services de proximité et l'accès à ces services se poursuivent.

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 MSSS en accroissant sa capacité à s'adapter à un contexte ministériel en évolution

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Cibles 2020
Taux de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail	Non disponible	78 %	80 %
Taux de mutation	4,74 %	9,31 %	6 %
Certification Entreprise en santé – Élite maintenue	Certification maintenue	Certification maintenue	Annuellement

Mise en contexte

Étant l'un des facteurs les plus déterminants de la performance, la mobilisation du personnel de la fonction publique a été reconnue et retenue comme une orientation prioritaire dans la Politique-cadre de gestion des ressources humaines.

En ce sens, le MSSS doit pouvoir compter sur du personnel mobilisé pour relever les défis actuels et futurs dans un contexte marqué par une constante évolution. Sa capacité à maintenir sa performance organisationnelle repose en définitive sur la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée et mobilisée.

Explication des résultats et des écarts

Le taux de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion organisationnelles et de l'environnement de travail est recueilli par le biais d'un sondage administré tous les trois ans. Le dernier sondage, réalisé en octobre 2016 auprès de 755 employés, présentait un taux de satisfaction moyen de 78 % à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail, ce qui

représente une légère hausse de 0,3 % par rapport au résultat de 2013. Il est à noter qu'il existe un biais de comparabilité entre les sondages puisque le questionnaire de 2016 a été révisé (ajout, retrait et modification de questions). Par ailleurs, le personnel est invité à remplir annuellement un questionnaire d'appréciation des pratiques de gestion en santé et mieux-être du supérieur immédiat visant à améliorer les pratiques de gestion. En 2017, 91,4 % des répondants ont mentionné être « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec les énoncés.

En 2016-2017, le taux de mutation obtenue est de 9,31 %. Ce résultat représente une augmentation considérable par rapport au résultat de 2015-2016, qui était de 4,74 %. Cette hausse peut s'expliquer par une meilleure accessibilité aux emplois à l'intérieur de la fonction publique grâce au nouveau système, Emplois en ligne, implanté depuis la fin du mois d'octobre 2015. Ce système permet aux employés de recevoir des alertes d'emplois selon leurs préférences et facilite la transmission électronique de leur candidature. Plusieurs processus de qualification se sont tenus après l'implantation de ce nouveau système, ce qui a permis la constitution de nouvelles banques de qualification et, pour plusieurs employés, l'accès à une promotion.

Le MSSS a été soumis, en février 2017, 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 pour le MSSS. Dans le cadre du programme de santé et de 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 déployées, notons la production d'aide-mémoire sur les meilleures pratiques de gestion, l'organisation de conférences portant sur la civilité et le climat de travail, la santé psychologique et les régimes de retraite ainsi que la réalisation du défi Vivactif « Les escaliers vers le sommet ».

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

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Cibles 2020
Taux d'heures supplémentaires (TS)	3,05 (diminution de 4,1 % par rapport aux résultats de 2014-2015)	3,42 (hausse de 7,5 % par rapport aux résultats de 2014-2015)	3,00 (diminution de 5,6 % par rapport aux résultats de 2014-2015)
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI)	1,83 (diminution de 23,1 % par rapport aux résultats de 2014-2015)	1,92 (diminution de 19,3 % par rapport aux résultats de 2014-2015)	2,25 (diminution de 5,5 % par rapport aux résultats de 2014-2015)

Mise en contexte

Dans la perspective d'augmenter la disponibilité et de tendre vers un usage optimal de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), le MSSS entreprend des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail visant à réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante et aux heures supplémentaires. Tant pour le pourcentage d'heures supplémentaires (TS) que pour le pourcentage d'heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante (MOI), plus le pourcentage est élevé, plus le réseau est en difficulté puisque les heures travaillées par l'effectif régulier ne suffisent pas à la demande.

Explication des résultats et des écarts

En 2016-2017, le taux d'heures supplémentaires était de 3,42, soit une hausse de 12,1 % par rapport au taux de 3,05 de 2015-2016. Cela représente un écart de 14 % par rapport à la cible visée de 3,00 en 2019-2020. Cette hausse observée du TS s'explique en partie par l'application de règles de gestion limitant le recours à la MOI et favorisant l'utilisation accrue de la main-d'œuvre du RSSS. Par ailleurs, les hausses notables des absences pour invalidité, représentant plusieurs milliers d'heures d'absence par année, réduisent du même coup la disponibilité des effectifs réguliers.

En ce qui concerne le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante, le résultat de 1,92 en 2016-2017 représente une hausse de 4,9 % par rapport au taux de 1,83 de 2015-2016. Ce résultat constitue toutefois un dépassement de 14,7 % par rapport à la cible visée en 2019-2020, qui est de 2,25.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Ratio d'heures en assurance salaire (RHAS)	6,29 (hausse de 6,1 % par rapport aux résultats de 2014-2015)	6,94 (hausse de 17 % par rapport aux résultats de 2014-2015)	5,90 (diminution de 0,5 % par rapport aux résultats de 2014-2015)

Mise en contexte

La santé et la sécurité ainsi que la qualité de vie au travail demeurent de vives préoccupations pour le prochain exercice, tant pour le MSSS que pour les établissements. Le RHAS permet de suivre l'évolution de l'absentéisme en assurance salaire. Plus ce ratio est élevé, plus la main-d'œuvre est absente du travail, diminuant ainsi la disponibilité des effectifs réguliers. Le RHAS élevé est l'expression d'une multitude de facteurs qui ont des effets sur la santé des effectifs, le climat et l'organisation du travail, influençant conséquemment la prestation des services et les coûts afférents.

Explication des résultats et des écarts

Le ratio d'heures en assurance salaire est le nombre d'heures en assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées par l'ensemble du personnel dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, bien que le maintien du ratio d'heures en assurance salaire de 2015-2016 était escompté en 2016-2017, nous pouvons observer, avec le résultat de 6,94, une hausse de 10,3 % par rapport au ratio de 6,29 obtenu en 2015-2016, et un écart de 17,6 % par rapport à la cible établie de 5,90. Ainsi, cette augmentation a été observée dans presque tous les établissements du réseau et semble être généralisée.

Par ailleurs, malgré cette hausse, différentes actions ciblées ont été mises en place par le MSSS lors de l'exercice 2016-2017, dont une formation sur la médiation en milieu de travail, une formation sur la gestion de l'invalidité, une formation sur les contraintes organisationnelles et les risques psychosociaux du travail, la diffusion de capsules sur la civilité en milieu de travail, la diffusion de bulletins d'informations sur la santé, la sécurité et la qualité de vie ainsi que l'élaboration de la Politique réseau de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail. Les efforts se poursuivent en 2017-2018.

AXE : Organisation efficiente

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

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

Mise en contexte et explication des résultats et des écarts

Le 1^{er} avril 2015 entraient en vigueur la plupart des dispositions de la LMRSSS. En simplifiant la structure et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, la loi avait pour objectif de favoriser l'intégration des services de santé et des services sociaux au sein d'un même établissement, 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'efficacé du réseau de la santé et des services sociaux, le tout au profit de la population québécoise.

L'objectif d'améliorer la gouvernance et de réduire la structure d'encadrement du réseau a été atteint en 2015-2016.

Indicateur	Résultat	Cible
Nombre de cadres en équivalent temps complet	Atteint en 2015-2016	Réduction de 1 300 d'ici 2017-2018

Mise en contexte

La diminution du nombre d'ETC du personnel d'encadrement vise tant à améliorer l'efficacité et l'efficé 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, a contribué significativement à l'atteinte de l'objectif par les établissements concernés.

Explication des résultats et des écarts

Alors qu'en 2015-2016 le nombre d'ETC pour le personnel d'encadrement dans les établissements visés était de 9 687⁵, il était de 9 090⁶ en 2016-2017. Cela représente une diminution de 2 049 ETC en 2016-2017 par rapport à 2013-2014. 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 en 2015-2016.

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

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible
Pourcentage des établissements ayant déployé leur salle de pilotage stratégique	Non disponible	87 % ¹	100 % d'ici 2018

1. Le résultat présente les données du 31 décembre 2016.

Mise en contexte

Le système de salle de pilotage, pour lequel 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.

5. Donnée finale.

6. Donnée provisoire.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 décembre 2016, environ 87 % des établissements avaient déployé leur salle de pilotage stratégique et les animaient. La quasi-totalité des établissements qui n'avaient pas encore amorcé le déploiement ou l'animation de leur salle de pilotage ont fourni un plan d'action détaillé expliquant les démarches à venir et précisant leur échéancier.

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

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible 2020
Pourcentage des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvert par le financement axé sur le patient	8,7 %	9,4 %	80 %

Mise en contexte

Le MSSS 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 facilite le 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 de leur volume. C'est donc le service rendu aux patients qui détermine le financement qu'obtiennent les établissements de santé.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2017, 9,4 % des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale étaient couvertes par le FAP. Ce résultat représente 235 millions de dollars sur un total de 2,49 milliards de dollars, dont 2,02 milliards de dollars 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, un financement à l'activité a été introduit pour une partie des activités de tomodensitométrie et de résonance magnétique pour un montant de 5,8 millions de dollars. Le FAP n'est pas appliqué à la majorité des activités de chirurgie et d'imagerie qui sont donc financées à même le budget historique des établissements, ce qui explique notamment l'écart par rapport à la cible. La mise en place du financement à l'activité en imagerie a été reportée au 1^{er} avril 2018 et la bonification du programme d'accès à la chirurgie est aussi prévue pour cette date.

Ajoutons que le mode de financement à l'activité est utilisé pour les traitements de radio-oncologie pour un montant de plus de 80 millions de dollars, mais ce dernier n'est pas retenu pour cet indicateur.

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

Indicateur	Résultat 2015-2016	Résultat 2016-2017	Cible
Nombre de cliniciens en première ligne ayant adhéré au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME)	4 887 médecins 999 infirmières	Atteint 5 362 médecins 1 094 infirmières	5 200 médecins et 1 000 infirmières d'ici 2016-2017

Mise en contexte

Le Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique, qui résulte d'une entente particulière convenue entre le MSSS et la FMOQ, vise à favoriser l'adoption des dossiers médicaux électroniques par les médecins de famille œuvrant en première ligne.

Les avantages d'un dossier médical électronique sont nombreux, autant pour le médecin que pour le patient : diminution du temps consacré à la manipulation des dossiers, amélioration de la communication entre les membres de l'équipe et avec les patients, efficacité générale accrue, réduction du nombre d'analyses et d'examens redondants et meilleure gestion des résultats de laboratoire et des autres tests diagnostiques.

Explication des résultats et des écarts

Ces résultats font état de 5 362 médecins et de 1 094 infirmières qui ont adhéré au programme. Le MSSS et la FMOQ ont convenu de mettre fin, au 31 août 2016, au Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique. Les cibles inscrites au Plan stratégique 2015-2020 en ce qui concerne l'adhésion des médecins et celle portant sur les infirmières sont atteintes et même dépassées.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Cibles 2020
Pourcentage 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	Atteint	100 %
Pourcentage des établissements publics qui ont mis en place le Dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net dans au moins une installation de mission de centre hospitalier	Non disponible	6 %	100 %

Mise en contexte

Le déploiement du DCI Cristal-Net, dans au moins une installation de chaque établissement public avec une mission de centre hospitalier, correspond à la mise en œuvre de l'une des cibles de l'orientation stratégique en technologie de l'information « des systèmes d'information unifiés ». Cela s'inscrit dans la volonté du MSSS d'uniformiser les pratiques au sein du RSSS sur le plan clinique, financier et administratif. Le DCI Cristal-Net favorisera la normalisation des données cliniques, et ce, au bénéfice des cliniciens du réseau et de l'ensemble des usagers.

Explication des résultats et des écarts

Le DCI Cristal-Net est présentement déployé et utilisé par 6 % des établissements publics, soit des cliniciens de deux établissements, en l'occurrence ceux du Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval et ceux de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval. Le Québec compte 33 établissements⁷ de santé et de services sociaux avec une mission CH et le déploiement de Cristal-Net se poursuit dans les autres établissements du Québec. Le nombre d'établissements qui utilisaient le DCI en 2016-2017 correspond aux attentes de la Direction générale des technologies de l'information. L'implantation d'un DCI requiert beaucoup de planification et de préparatifs. Le nombre d'établissements qui utilisent le DCI augmentera d'année en année.

Le DCI Cristal-Net répond présentement aux besoins des cliniciens en milieu hospitalier. L'application évoluera dans les prochaines années pour être adaptée aux autres missions du réseau telles que celles des CLSC et des CHSLD.

7. Des 34 établissements définis dans la LMRSSS (site Web du MSSS : www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements.php), seul le CLSC Naskapi n'a pas la mission CH, d'où 33 établissements.

2.2 LE PLAN D'ACTION DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 2016-2020

La présente section fait état des résultats obtenus au regard des treize actions menées conformément au Plan d'action de développement durable 2016-2020 du MSSS. Ce dernier a été approuvé le 5 octobre 2016, ce qui a engendré des retards dans la mise en œuvre de certaines actions. Également, certaines cibles sont « non applicables » parce que le résultat est attendu pour une année ultérieure ou parce qu'elles dépendent de la réalisation d'une autre cible.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 1

RENFORCER LA GOUVERNANCE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE DANS L'ADMINISTRATION PUBLIQUE

Objectif gouvernemental 1.1

Renforcer les pratiques de gestion écoresponsables dans l'administration publique

ACTION 1 Maintenir et renforcer des pratiques de gestion écoresponsables au MSSS

Mise en contexte

Dans le cadre de cette action, le MSSS s'est doté de plusieurs cibles afin de contribuer aux cibles gouvernementales sur la gestion écoresponsable. Il est important que le MSSS soit exemplaire dans la gestion de ses opérations courantes et qu'il adopte ou renforce ses pratiques écoresponsables dans les domaines tels que la gestion des matières résiduelles, les technologies de l'information et des communications ou l'organisation d'événements. En ce sens, le MSSS a aussi choisi d'améliorer ses pratiques de déplacements professionnels en favorisant l'utilisation des modes de transport collectifs par les employés du MSSS et en augmentant la proportion de véhicules électriques dans son parc ministériel de véhicules légers. Enfin, le MSSS vise également l'augmentation de ses acquisitions écoresponsables d'ici 2020, contribuant ainsi à la cible gouvernementale à ce sujet.

Les résultats ci-dessous démontrent les résultats obtenus en lien avec toutes les facettes de cette action.

Activités courantes de gestion administrative

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
1.1 Révision des pratiques en gestion des matières résiduelles du MSSS	Atteint	Pratiques révisées au 31 mars 2017
1.2 Pourcentage du personnel sensibilisé aux pratiques en gestion des matières résiduelles	Atteint 100%	100 % au 31 mars 2017

Explication des résultats

Le MSSS était auparavant desservi par le programme Visez juste! de RECYC-QUÉBEC et tous ses immeubles détenaient les mêmes pratiques en gestion des matières résiduelles. Ce programme a cependant cessé en novembre 2015 et le MSSS a dû revoir ses pratiques selon ses immeubles. En 2016-2017, de nouvelles ententes de services ont été conclues par immeuble pour le ramassage des matières résiduelles. Puisque les pratiques sont différentes selon l'immeuble, le MSSS a produit un tableau clarifiant celles-ci, qui est disponible sur son site intranet consacré au développement durable. Afin d'en faire la promotion, le tableau a également été affiché sur la page d'accueil de l'intranet ministériel, accessible à tous les employés du MSSS.

La possibilité de faire du compostage au 1075, chemin Sainte-Foy, a été examinée, mais le MSSS n'a pas pu aller de l'avant avec l'idée pour des raisons de santé et de sécurité.

En lien avec le programme Appel à Recycler, le MSSS a installé des boîtes de récupération de piles et de batteries dans les quatre édifices qu'il occupe à Québec. Il a également nommé les intervenants responsables du processus de remplacement des boîtes lorsque celles-ci sont pleines.

De plus, les bacs à déchets localisés à l'extérieur des édifices du 1005, chemin Sainte-Foy, du 555, boulevard Wilfrid-Hamel, et du 3000, avenue Saint-Jean-Baptiste, ont été changés pour des bacs dont les deux tiers de l'espace sont réservés au recyclage.

Transport et déplacements des employés

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
1.3 Pourcentage des directions générales qui offrent l'accès à des billets d'autobus pour les déplacements professionnels intra-urbains	Atteint 100%	100 % au 31 mars 2017
1.4 Pourcentage des déplacements professionnels intra-urbains effectués en autobus	Non disponible	Augmentation par rapport à 2015-2016 au 31 mars 2020
1.5 Pourcentage de véhicules électriques dans la flotte ministérielle	12,5 % (augmentation de 4 véhicules)	Augmentation par rapport à 2015-2016 au 31 mars 2020

Explication des résultats

La comptabilisation des déplacements en taxi et en autobus de 2015-2016 a permis d'établir que 3 % des déplacements étaient faits en autobus. Afin d'augmenter cette proportion, le MSSS a décidé de faciliter l'accès à l'autobus en offrant des billets d'autobus pour les déplacements. Ainsi, au cours de l'année 2016-2017, toutes les directions générales se sont procuré des billets d'autobus et les rendent disponibles aux employés pour leurs déplacements professionnels, au même titre que les billets de taxi. En 2016-2017, la proportion des déplacements en autobus n'a pas été comptabilisée puisque l'acquisition des billets s'est faite à différents moments au cours de l'année.

En 2016-2017, sur les 32 véhicules du parc ministériel, 4 ont été remplacés par des véhicules électriques, ce qui correspond à une augmentation de 12,5 % par rapport à 2015-2016, qui ne comptait aucun véhicule électrique.

Afin d'encourager et de faciliter l'utilisation des véhicules électriques, le MSSS a commencé les démarches en vue de l'installation de bornes de recharge dans les espaces de stationnement de deux de ses édifices à Québec.

Technologies de l'information et des communications

Indicateur	Résultat 2016-2017	Cible
1.6 Pourcentage du plan de travail visant l'intégration de pratiques écoresponsables en technologies de l'information mis en œuvre	38 %	100 % au 31 mars 2020

Explication des résultats

Le MSSS s'est doté d'un plan de travail visant l'intégration de pratiques écoresponsables en technologies de l'information. Ce plan de travail, débuté en 2015-2016, vise treize actions à effectuer d'ici 2020. Il est désormais réalisé à 38 %, c'est-à-dire que cinq actions ont été accomplies, dont trois en 2016-2017.

Plus précisément, les trois actions visées cette année touchaient différentes thématiques. D'abord, une note de service a été acheminée à tous les employés afin de les sensibiliser à la non-impression des courriels.

Ensuite, le MSSS a sensibilisé le personnel en matière de développement durable et de technologies de l'information par l'envoi de courriels et de messages à la page d'accueil de l'intranet ministériel. Le MSSS fait des efforts constants afin de diminuer son empreinte écologique en évaluant de nouvelles façons de faire et de nouveaux outils plus performants.

Enfin, le MSSS a rehaussé le centre de traitement informatique par la virtualisation des serveurs et la consolidation (diminution de l'espace physique pour la même quantité d'espace de stockage) des services. Il a atteint et même dépassé sa cible de délester 21 serveurs puisque 26 serveurs ont été délestés et que 5 serveurs ont été virtualisés. Le MSSS a profité du projet de migration des serveurs Windows 2003 vers la version 2008 afin de délester plusieurs serveurs qui étaient désuets. En effet, lorsqu'une demande de serveurs est effectuée, le MSSS favorise la virtualisation des serveurs plutôt que les serveurs physiques. Cela permet des économies à la fois financières, locatives et énergétiques. Aussi, les 11 serveurs ciblés ont été consolidés grâce à l'achèvement du projet de consolidation des serveurs de messagerie Domino.

Communications gouvernementales et organisation d'événements

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
1.7 Diffusion du guide ministériel sur les événements écoresponsables	Atteint	Guide diffusé au 31 mars 2017
1.8 Pourcentage des directions sensibilisées au guide	Atteint 100 %	100 % au 31 mars 2017
1.9 Pourcentage des événements ciblés réalisés de manière écoresponsable	Non disponible	60 % au 31 mars 2020

Explication des résultats

Dans le cadre du Plan d'action de développement durable 2016-2020, le MSSS a adopté le Guide sur les événements écoresponsables du ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques. Il a été partagé à l'ensemble des employés du MSSS par le biais de l'intranet ministériel au cours du mois de mars 2017. Par ailleurs, le MSSS a produit un aide-mémoire sous la forme d'un formulaire où l'on trouve des critères afin de pouvoir qualifier un événement d'écoresponsable.

Suivant l'adoption du guide et la production de l'aide-mémoire, le MSSS pourra évaluer, dès l'année financière 2017-2018, le pourcentage des événements ciblés réalisés de manière écoresponsable, afin d'atteindre son objectif de 60 % d'ici 2020. Les événements ciblés sont ceux organisés par la Direction des communications qui sont de nature ministérielle (par exemple, conférences de presse nationales et événements d'envergure).

Marchés publics

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
1.10 Élaboration du portrait des acquisitions effectuées au MSSS	Atteint	Portrait élaboré au 31 mars 2017
1.11 Adoption et diffusion d'une politique interne d'acquisitions écoresponsables	Non applicable	Politique adoptée et diffusée au 31 mars 2018
1.12 Pourcentage du personnel ciblé sensibilisé à la politique ministérielle d'acquisitions écoresponsables	Non applicable	100 % au 31 mars 2018
1.13 Pourcentage des produits et services catalogués écoresponsables acquis ¹	30 % ²	Augmentation par rapport à 2016-2017 d'ici le 31 mars 2020

1. L'indicateur a été modifié en ajoutant la précision « et services » pour mieux refléter l'appréciation du résultat.

2. Les résultats présentés sont partiels en raison de l'utilisation d'un nouveau système de compilation. Des résultats plus exhaustifs seront présentés dès la prochaine année. Cette valeur représente la donnée initiale sur laquelle l'augmentation sera calculée.

Explication des résultats

Cette année, le MSSS a réalisé le portrait des produits catalogués qu'il a acquis par l'intermédiaire du Centre de services partagés du Québec (CSPQ), qui démontre que 30 % des produits et services catalogués étaient écoresponsables, c'est-à-dire que 2 081 commandes sur 6 920 correspondaient à au moins 1 des 18 critères écoresponsables établis par le CSPQ. Les critères auxquels les produits ou les services acquis correspondent le plus sont ceux en provenance d'une entreprise ayant mis en place un programme ou une politique de développement durable ou ayant produit des rapports de développement durable (669 cas), et ceux à contenu recyclé (236 cas). Ce portrait servira de base à l'élaboration d'une politique interne d'acquisition écoresponsable.

Parmi les produits catalogués écoresponsables, le MSSS se procure notamment du papier, du carton, des cartouches d'encre et des fournitures de bureau. Aussi, le MSSS choisit des lieux d'hébergement écoresponsables dans plusieurs cas.

Afin d'établir les orientations qui permettront d'améliorer la proportion des acquisitions faites de manière écoresponsable, le MSSS travaille actuellement sur sa politique interne d'acquisitions écoresponsables.

ACTION 2 Mettre en valeur la contribution du MSSS en matière de développement durable

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
2.1 Réorganisation de la section Développement durable sur le site Web du MSSS	Non applicable	Section réorganisée au 31 mars 2018
2.2 Bonification des liens entre le développement durable et des thématiques de santé et services sociaux présentées sur le site Web du MSSS	Non applicable	Site Web bonifié au 31 mars 2019

Mise en contexte

Afin d'améliorer ses activités de communication en développement durable, le MSSS prévoit réorganiser la section « Développement durable » de son site Web. Cette refonte vise à mettre en valeur le savoir-faire et les initiatives favorables au développement durable réalisées au MSSS et dans le réseau. Ainsi, l'information sera plus facilement accessible et compréhensible, à la fois pour les citoyens et les professionnels de la santé. Cela permettra aussi d'améliorer leurs connaissances sur certaines thématiques de santé en lien avec le développement durable.

Explication des résultats

En 2016-2017, la réorganisation de la section « Développement durable » du site Web du MSSS et la bonification des liens entre le développement durable et des thématiques de santé et de services sociaux n'ont pas encore débuté.

Objectif gouvernemental 1.2

Renforcer la prise en compte des principes de développement durable par les ministères et organismes publics

ACTION 3 Élaborer un processus ministériel de prise en compte des principes de développement durable (PCPDD)

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
3.1 Diffusion d'une offre de soutien aux directions concernant la PCPDD	Atteint	Offre diffusée au 31 mars 2017
3.2 Intégration d'une section « Développement durable » dans le modèle de fiche de présentation à l'intention du Comité de direction du MSSS (CODIR)	En cours	Section intégrée au 31 mars 2018
3.3 Pourcentage des actions structurantes présentées au CODIR qui ont fait l'objet d'une PCPDD	Non applicable	Augmentation par rapport à 2017-2018 au 31 mars 2019

Mise en contexte

La PCPDD est une exigence de la Loi sur le développement durable (RLRQ, chapitre D-8.1.1). C'est aussi un outil d'aide à la décision qui comporte une analyse élargie des répercussions d'un programme afin d'en maximiser les avantages. Elle peut comporter une valeur ajoutée significative et permettre de répondre aux principes d'efficacité et d'efficience.

Afin d'assurer le respect de cette exigence, le MSSS prévoit la mise en œuvre d'un processus permettant de cibler les actions structurantes ayant fait l'objet d'une PCPDD.

Explication des résultats

En 2016-2017, afin de favoriser une meilleure implantation de la PCPDD, le MSSS a misé sur la sensibilisation de ses employés en diffusant une capsule d'information. De plus, une offre de soutien à l'exercice de la PCPDD a été acheminée à toutes les directions générales. Enfin, l'intégration d'une section « Développement durable » dans le modèle de fiche de présentation à l'intention du Comité de direction du MSSS est en cours d'approbation.

Objectif gouvernemental 1.4

Poursuivre le développement des connaissances et des compétences en matière de développement durable dans l'administration publique

ACTION 4 Améliorer les connaissances des employés du MSSS relativement au développement durable



Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
4.1 Nombre d'activités de sensibilisation au développement durable réalisées	Atteint 7	2 annuellement
4.2 Pourcentage des nouveaux employés sensibilisés au développement durable	Atteint 100%	100 % annuellement

Mise en contexte

Le MSSS fait la promotion et la mise en valeur des initiatives favorables au développement durable (y compris la culture) auprès de ses employés. Ces actions doivent s'effectuer en continu afin que les employés aient une compréhension commune du développement durable et, ultimement, qu'ils puissent intégrer ces principes à leurs habitudes de vie de même qu'à leur travail.

Explication des résultats

En 2016-2017, le MSSS a réalisé sept activités de sensibilisation, dont certaines ayant été réalisées au moyen de capsules d'information disponibles à tous les employés sur la page d'accueil de l'intranet du MSSS. Cette année, le MSSS a publié différentes capsules au sujet des transports collectifs et actifs, de différents thèmes reliés à la culture, comme l'art-thérapie, ou encore à propos de thématiques reliées à l'environnement. Le MSSS participe également au Défi sans auto solo et il organise une vente de plantes permettant d'amasser des fonds pour le jardin du centre de la petite enfance Feu Vert, situé dans un des lieux de travail du MSSS. Enfin, la chorale du MSSS offre deux concerts par année aux employés.

De plus, dans le but de sensibiliser les employés dès leur entrée en poste, ces derniers reçoivent un courriel de bienvenue dans lequel le MSSS explique son implication en développement durable, mais aussi comment l'employé peut y contribuer. En 2016-2017, 100 % des nouveaux employés ont reçu le courriel.

Objectif gouvernemental 1.5

Renforcer l'accès et la participation à la vie culturelle en tant que levier de développement social, économique et territorial

ACTION 5 Promouvoir l'apport de la culture en santé et services sociaux



Indicateur	Résultat 2016-2017	Cible
5.1 Intégration de la dimension culturelle dans la mention d'excellence du ministre en développement durable	Non applicable	Dimension intégrée au 31 mars 2018

Mise en contexte

La culture est un vecteur de cohésion sociale et contribue au développement social et économique des milieux de vie. En ce sens, elle peut amener une contribution positive à la santé et aux services sociaux et favoriser l'innovation. Ainsi, afin de promouvoir la culture dans les soins et les services des établissements du RSSS, le MSSS veut intégrer une dimension culturelle à la mention d'excellence du ministre en développement durable accordée lors de la remise des prix d'excellence du RSSS. Par cette action, le MSSS contribue d'ailleurs à l'objectif 10 de l'Agenda 21 de la culture du Québec.

Explication des résultats

En 2016-2017, le MSSS n'a réalisé aucune action en lien avec l'intégration de la dimension culturelle à la mention d'excellence puisqu'il s'agit d'un résultat attendu pour l'année 2017-2018. En effet, la cérémonie des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux a lieu tous les deux ans.

Objectif gouvernemental 2.1

Appuyer le développement de pratiques et de modèles d'affaires verts et responsables

ACTION 6 Favoriser l'adoption de pratiques d'approvisionnement responsable dans les établissements

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
6.1 Collecte d'information sur l'état actuel des pratiques en matière d'approvisionnement responsable dans les établissements publics	Atteint	Information collectée au 31 mars 2017
6.2 Formation d'un comité multidisciplinaire chargé de l'élaboration d'un cadre de référence en approvisionnement responsable (CRAR)	Non atteint	Comité formé au 31 mars 2017
6.3 Diffusion du CRAR dans les établissements publics	Non applicable	Cadre diffusé au 31 mars 2019

Mise en contexte

Le RSSS a une responsabilité sociale d'envergure et par son grand pouvoir d'achat, il a aussi une grande capacité d'influence sur ses parties prenantes, notamment ses fournisseurs. Ainsi, afin d'appuyer la transition de l'économie québécoise vers une économie verte et responsable, le MSSS vise à soutenir et à mobiliser les établissements afin qu'ils intègrent des considérations environnementales, sociales et économiques dans leurs pratiques d'approvisionnement. Pour ce faire, le MSSS prévoit développer et diffuser, en collaboration avec les établissements, un cadre de référence en approvisionnement responsable, permettant ainsi d'influencer le marché afin qu'il offre plus d'options responsables.

Explication des résultats

En 2016-2017, un sondage a été réalisé auprès de tous les établissements publics afin d'en connaître plus sur leurs pratiques en approvisionnement responsable. Un faible taux de réponse au sondage a fait en sorte qu'il est difficile d'en tirer des conclusions.

En ce qui concerne la formation d'un comité chargé de l'élaboration du CRAR, il avait été envisagé d'utiliser le Groupe d'accompagnement-conseil du RSSS en développement durable. Cependant, à la fin de l'année 2016-2017, il a été jugé préférable de former un comité avec des représentants des établissements, considérant leur connaissance approfondie du RSSS, et sa formation a dû être remise à l'année prochaine.

Objectif gouvernemental 5.2

Agir pour que les milieux de vie soient plus sains et sécuritaires

ACTION 7



Appuyer les établissements dans l'offre de soins durables aux personnes nécessitant de la suppléance rénale par des traitements de dialyse

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
7.1 Amorce de l'étude des possibilités de rendre les traitements de suppléance rénale dispensés en établissement plus respectueux de l'environnement	Non applicable	Étude amorcée au 31 mars 2018
7.2 Pourcentage de nouveaux patients traités par des modes de traitement autonomes	Non disponible	25 % au 31 mars 2019

Mise en contexte

Dans le cadre des orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales publiées en 2015, une mise à jour du guide d'aménagement de l'unité de suppléance rénale est demandée. Dans la perspective d'assurer la promotion de la santé et de la sécurité dans les milieux de vie, le MSSS prévoit intégrer une démarche de développement durable dans cette révision. Cette démarche vise à offrir des soins et des services plus respectueux de l'environnement et une meilleure utilisation des ressources financières disponibles par l'adoption d'une gestion écoresponsable.

Également, ces orientations visent une augmentation importante des modes de traitement autonomes à domicile (hémodialyse ou dialyse péritonéale). Cette initiative est un bel exemple de l'intégration du développement durable dans les soins puisqu'elle vise à favoriser le maintien de l'autonomie de la personne et la possibilité de mener une vie active et satisfaisante dans son milieu de vie, tout en évitant les risques d'infections nosocomiales et l'émission de gaz à effet de serre (GES) causée par les déplacements vers un centre de dialyse, qui peuvent souvent être longs.

Explication des résultats

Pour l'année 2016-2017, les travaux sur les traitements de suppléance rénale dispensés en établissement n'ont pas encore été entamés puisqu'on visait le début des travaux en 2017-2018. Il est prévu que le pourcentage de nouveaux patients traités par des modes de traitements autonomes sera calculé en 2019.

Objectif gouvernemental 5.2

Agir pour que les milieux de vie soient plus sains et sécuritaires

ACTION 8

Uniformiser les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux afin d'améliorer la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Résultat 2016-2017	Cible
8.1 Taux de déclaration des établissements ciblés concernant le rapport d'analyse d'incidents et d'accidents en matière de retraitement des dispositifs médicaux	Non disponible	80 % au 31 mars 2018

Mise en contexte

Afin de promouvoir la santé et la sécurité des milieux de vie, le MSSS réalise notamment différentes actions dans le cadre de la prévention et du contrôle des infections. En ce sens, le retraitement des dispositifs médicaux (RDM) est un domaine dans lequel la prévention est bénéfique puisqu'il concerne le prénettoyage, le nettoyage, la stérilisation et l'entreposage du matériel stérile médical. Afin d'assurer la meilleure prévention des infections possible, les pratiques de RDM doivent être uniformes. Pour ce faire, il est important de connaître les problèmes en RDM afin de déterminer les mesures à mettre en place pour les prévenir. Ainsi, le MSSS désire que les établissements qui font du RDM remplissent le registre d'incidents et d'accidents des dispositifs médicaux.

Explication des résultats

Pour l'année 2016-2017, les données en lien avec le taux de déclaration des établissements ne sont pas encore disponibles. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a le mandat de rédiger, fin 2017, un rapport de surveillance des incidents et des accidents en RDM pour l'année 2016-2017. Ce rapport permettra notamment d'estimer l'atteinte de cette action.

Objectif gouvernemental 5.2

Agir pour que les milieux de vie soient plus sains et sécuritaires

ACTION 9 Évaluer les pratiques de nettoyage, de désinfection et d'utilisation des fournitures distribuées par les services d'hygiène et salubrité des établissements publics afin de réduire les effets négatifs de ces pratiques sur l'environnement

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
9.1 Rédaction et diffusion d'un sondage sur les pratiques de nettoyage, de désinfection et d'utilisation des fournitures des établissements publics	Non atteint	Sondage rédigé et diffusé au 31 mars 2017
9.2 Rédaction et diffusion d'un rapport de recommandations portant sur les pratiques de nettoyage, de désinfection et d'utilisation des fournitures dans les établissements publics	Non applicable	Rapport rédigé et diffusé au 31 mars 2019

Mise en contexte

Afin d'assurer la prévention et la promotion de la santé et de la sécurité dans les milieux de vie, le MSSS désire évaluer les pratiques en entretien, plus précisément les pratiques de nettoyage et de désinfection (appareil de dilution, techniques de nettoyage, équipements, etc.) dans les établissements publics du réseau. Cela a pour but de déterminer les effets qu'elles ont sur l'environnement et la santé afin de pouvoir informer les établissements des précautions qui devraient être mises en place pour réduire ces effets. Les pratiques d'utilisation des fournitures distribuées par les services d'hygiène et salubrité (ex. : papier à main) seront également analysées. Parallèlement, il est nécessaire de sensibiliser les utilisateurs à consommer les ressources de manière responsable.

Explication des résultats

En décembre 2016, la clientèle cible a été déterminée ainsi que les aspects à évaluer dans le sondage par un comité formé pour cette action. Il a été convenu qu'un sondage par installation serait rempli. Quatre aspects spécifiques ont été ciblés pour les pratiques de nettoyage et de désinfection (produits, choix des équipements, procédures opérationnelles, formation) et dix pour l'utilisation des fournitures (papier à main, distributeurs de papier à main, séchoirs à main automatiques, papier de toilette, aérosols, désodorisants et nettoyeurs à toilettes, tamis, pastilles et biotechnologies (urinoirs), savon à main et désinfectant, distributeurs de savon, sacs-poubelle et consommation d'eau).

Une recherche documentaire a également été réalisée pour guider le MSSS dans l'élaboration du sondage. Environ 50 questions ont été formulées pour le sondage. La rédaction finale et la diffusion du sondage seront reportées à l'année 2017-2018 en raison de la priorisation des dossiers.

Objectif gouvernemental 6.2

Renforcer les capacités des collectivités dans le but de soutenir le dynamisme économique et social des territoires

ACTION 10 Favoriser l'application des principes de développement durable dans le réseau

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
10.1 Formation du réseau de répondants en développement durable	Atteint	Réseau formé au 31 mars 2017
10.2 Formation du groupe d'accompagnement-conseil du réseau	Atteint	Groupe formé au 31 mars 2017
10.3 Adoption d'un plan d'action par le groupe d'accompagnement-conseil visant l'accroissement des démarches de développement durable dans le réseau	Non applicable	Plan d'action adopté au 31 mars 2018
10.4 Pourcentage d'établissements publics ayant entrepris une démarche de développement durable	Non applicable	À définir
10.5 Mise en œuvre du plan d'action du groupe d'accompagnement-conseil	Non applicable	100 % au 31 mars 2020

Mise en contexte

Les établissements de santé et de services sociaux sont des acteurs économiques et sociaux clés de leur territoire, dont les actions peuvent avoir des répercussions importantes sur l'environnement. Bien qu'ils n'aient pas l'obligation de se doter de plans d'action de développement durable, le MSSS souhaite tout de même les appuyer dans l'adoption de démarches en développement durable puisque leur participation dans ce domaine demeure essentielle.

Explication des résultats

En 2016-2017, le MSSS s'est doté d'instances de coordination et de soutien nécessaire à la promotion du développement durable et à l'élaboration d'actions concrètes de soutien envers les établissements. En effet, un réseau de répondants en développement durable provenant de 30 établissements différents a été mis sur pied afin de promouvoir le développement durable de manière plus efficace, mais également pour soutenir les établissements dans leurs démarches. Par ailleurs, le MSSS a mis sur pied un groupe d'accompagnement-conseil en développement durable pour le réseau. Ce groupe est composé de différents ministères et organismes qui pourront partager leur expertise et la mettre au profit des établissements du réseau.

Objectif gouvernemental 6.2

Renforcer les capacités des collectivités dans le but de soutenir le dynamisme économique et social des territoires

ACTION 11 Promouvoir une saine gestion des matières résiduelles dans les établissements

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
11.1 Diffusion d'un guide portant sur la gestion des matières résiduelles	Atteint	Guide diffusé au 31 mars 2017
11.2 Réalisation d'activités de promotion de la saine gestion des matières résiduelles	Non applicable	Au moins 2 activités annuellement à partir du 1 ^{er} avril 2017

Mise en contexte

La gestion des matières résiduelles est une activité comportant beaucoup de conséquences, à la fois pour les établissements et pour les collectivités. Avec cette action, le MSSS désire promouvoir des milieux de vie sains et soutenir les établissements dans ce domaine. Pour ce faire, la sensibilisation du personnel des établissements et des usagers est nécessaire, notamment pour que le principe des 3RV-E (réduction, réemploi, recyclage, valorisation et élimination) soit intégré aux pratiques d'acquisition, d'utilisation et de disposition du matériel.

Explication des résultats

En 2016-2017, le MSSS a concentré son action sur la diffusion d'un guide. Ce dernier a été rendu disponible sur le site Web du MSSS. Il a été présenté aux autorités et le réseau a été informé, de même que l'Association hygiène et salubrité en santé, l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales ainsi que la Table nationale de prévention des infections nosocomiales.

Objectif gouvernemental 6.4

Renforcer la résilience des collectivités par l'adaptation aux changements climatiques et la prévention des sinistres naturels

ACTION 12 Encourager l'adoption des pratiques écoresponsables dans la gestion des infrastructures du réseau

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
12.1 Mise à jour du cadre de gestion des infrastructures en vue d'intégrer les critères d'écoresponsabilité	Non applicable	Cadre mis à jour au 31 mars 2018
12.2 Amélioration des connaissances en adaptation aux changements climatiques des partenaires dans le réseau	Sensibilisation auprès du Comité régional des infrastructures et équipements (CRIE)	À définir au 31 mars 2018
12.3 Détermination des problématiques associées aux changements climatiques qui touchent le cadre bâti existant dans le réseau	Non applicable	Problématiques déterminées au 31 mars 2018
12.4 Suivi des projets d'adaptation aux changements climatiques dans le réseau	Non applicable	Suivi effectué au 31 mars 2019

Mise en contexte

Le parc immobilier du RSSS est important, diversifié et réparti dans toutes les régions du Québec. Les bâtiments de ce parc sont situés dans des zones climatiques variées et sont affectés, entre autres, par les effets des îlots de chaleur urbains, la fonte du pergélisol, ou l'érosion côtière. Cette action vise donc à soutenir la normalisation des mesures d'adaptation aux changements climatiques dans le RSSS, permettant ainsi de contribuer à la continuité des soins et des services à la population de manière optimale. En ce sens, le MSSS doit développer de nouvelles pratiques dans sa gestion des infrastructures, qui permettront de diminuer la vulnérabilité des collectivités aux changements climatiques. Il vise notamment le transfert des connaissances pour soutenir les partenaires dans le RSSS en adaptation aux changements climatiques.

Explication des résultats

Cette action ne comportait pas de cible pour l'année 2016-2017, aussi les résultats ne sont-ils pas encore disponibles. Par contre, le MSSS a travaillé à améliorer les connaissances en adaptation aux changements climatiques des partenaires dans le réseau (indicateur 12.2) en sensibilisant les directeurs de services techniques à la problématique des changements climatiques.

Objectif gouvernemental 8.1

Améliorer l'efficacité énergétique

ACTION 13 Soutenir la réduction des émissions de gaz à effet de serre du réseau en améliorant la gestion du portefeuille énergétique par l'utilisation d'énergies renouvelables

Mise en contexte

Le parc immobilier du RSSS est imposant et les bâtiments ne sont pas tous alimentés par des sources d'énergie renouvelable. Afin de souscrire aux attentes gouvernementales en la matière, le MSSS vise à favoriser la réalisation de projets en efficacité énergétique et l'utilisation d'énergies renouvelables dans le but de diminuer les émissions de GES dans le RSSS. Pour ce faire, le MSSS articule ses efforts autour des quatre axes suivants.

La diminution des installations de production de chaleur utilisant le mazout lourd

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
13.1 Pourcentage d'établissements ayant réalisé l'inventaire des installations de production de chaleur au mazout lourd	Non atteint	100 % au 31 mars 2017
13.2 Élaboration d'un plan national d'action de remplacement des installations de production de chaleur au mazout lourd	Non applicable	Plan élaboré au 31 mars 2018
13.3 Nombre d'installations de production de chaleur au mazout lourd	Non disponible	Diminution par rapport à 2016-2017 au 31 mars 2019

La réduction de l'utilisation du mazout léger

Indicateur	Résultat 2016-2017	Cible
13.4 Diffusion d'une directive sur l'utilisation du mazout léger	Non atteint	Directive diffusée au 31 mars 2017

Explication des résultats

Les deux premiers axes identifiés afin de réduire les émissions de GES du RSSS sont la diminution des installations de production de chaleur au mazout lourd et au mazout léger. Cela permet d'ailleurs de contribuer à la priorité 11 du Plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques qui prévoit le remplacement, d'ici 2020, des systèmes de chauffage qui utilisent le mazout lourd ou léger comme source d'énergie principale par des systèmes fonctionnant aux énergies renouvelables.

Afin de réduire les installations au mazout lourd, il est d'abord nécessaire de faire l'inventaire de ces dernières. En 2016-2017, c'est la cible dont le MSSS s'était doté. À cet effet, tous les directeurs des services techniques des établissements du RSSS ont assisté, le 16 juin 2016, à une présentation sur les cibles énergétiques à atteindre. La réalisation de l'inventaire des installations a été reportée à l'année prochaine.

En ce qui concerne la diminution de l'utilisation du mazout léger, les directeurs des services techniques ont été sensibilisés aux normes liées à son utilisation uniquement pour les besoins de redondance (lors d'un bris d'équipement ou lors de l'interruption de l'électricité ou du gaz naturel). La directive concernant son utilisation n'a pas été diffusée en 2016-2017 et elle a été reportée à l'année 2017-2018.

L'évaluation de projets en matière d'efficacité énergétique

Indicateur	Résultat 2016-2017	Cible
13.5 Évaluation de projets en matière d'efficacité énergétique	Atteint 6 projets évalués	Annuellement

Explication des résultats

Afin de favoriser l'efficacité énergétique et l'utilisation d'énergies renouvelables, le MSSS sensibilise le RSSS, mais il évalue également les projets en matière d'efficacité énergétique afin qu'ils puissent être mis en œuvre. En 2016-2017, six nouveaux projets d'efficacité énergétique ont été évalués pour un investissement total de 24,5 millions de dollars et des économies d'énergie annuelles de 2,8 millions de dollars.

L'amélioration des connaissances sur la consommation énergétique des immeubles

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Cibles
13.6 Pourcentage d'établissements ayant réalisé l'inventaire des installations utilisant un système de suivi de la consommation énergétique	Non atteint	100 % au 31 mars 2017
13.7 Rédaction et diffusion de recommandations sur les systèmes de suivi de la consommation énergétique	Non applicable	Recommandations rédigées et diffusées au 31 mars 2018
13.8 Suivi de la mise en œuvre des recommandations sur les systèmes de suivi de la consommation énergétique	Non applicable	Suivi effectué au 31 mars 2020

Explication des résultats

Afin de mieux connaître la consommation énergétique des établissements du RSSS et de procéder aux projets d'efficacité énergétique et d'énergie renouvelable adéquats, il est nécessaire de poser un portrait juste des installations. En 2016-2017, les établissements du RSSS n'ont pas encore commencé l'inventaire des installations utilisant un système de suivi de la consommation énergétique. L'inventaire a été reporté à l'année prochaine.

2.3 LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

La présente section fait état des résultats qui se rapportent aux engagements du MSSS en matière de qualité des services aux citoyens.

La Déclaration de services aux citoyens touche les services offerts directement à la population par le MSSS, 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 et les inspections liées à son application.

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

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

D'avril 2016 à mars 2017, le MSSS a répondu à un total de 3 827 demandes de renseignements généraux. Il s'agit de demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponses. On observe une diminution de 269 communications, soit de 6,6 %, par rapport à 2015-2016 pour la même période.

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

Mode de communication	2015-2016	2016-2017
Appel téléphonique	2 811 (68 %)	2 628 (69 %)
Courriel	1 285 (32 %)	1 199 (31 %)
Total	4 096 (100 %)	3 827 (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, et ce, de 8 h à 20 h.
- Pour les demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponses, l'appel est redirigé vers la boîte vocale des renseignements généraux du MSSS. Le citoyen doit y laisser un message. Une réponse par téléphone ou par courriel est prévue dans un délai de deux jours ouvrables.
- Pour les demandes plus complexes qui nécessitent une recherche ou une approbation de l'unité administrative concernée, la réponse est donnée dans les meilleurs délais, conformément aux engagements ministériels.
- Le MSSS assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.

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 le site Internet du MSSS, qui renvoie au formulaire de Services Québec, au www.gouv.qc.ca/FR/NousJoindre/Pages/accueil.aspx?s=38. Services Québec répond à ces courriels dans un délai de deux jours ouvrables.
- Pour les demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponses, elles sont transmises dans la boîte courriel des renseignements généraux du MSSS. Certaines demandes transmises proviennent également du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Il peut s'agir de demandes de renseignements, de commentaires ou 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 concernée, un suivi est fait auprès du citoyen pour l'aviser que sa demande est en traitement. La réponse 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 MSSS exerce les fonctions d'Autorité centrale du Québec et à cet effet, le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) agit au nom du ministre. Il assure ainsi les fonctions d'encadrement, de coordination et de contrôle et il veille à la conformité du projet des personnes et des familles désirant adopter un enfant domicilié hors du Québec. Il encadre le fonctionnement des organismes agréés en matière d'adoption en donnant suite à leurs demandes d'obtention ou de renouvellement d'agrément. Il analyse également les demandes d'antécédents sociobiologiques et de retrouvailles qui lui sont présentées.

Au 31 mars 2017, le MSSS comptait 826 dossiers d'adoption ouverts dont 228 ont été ouverts en 2016-2017. Près de 82 % des dossiers ouverts en 2016-2017 l'ont été par l'intermédiaire d'un organisme agréé.

En 2016-2017, le MSSS a examiné une demande d'agrément et six demandes de renouvellements d'agréments des organismes.

Au cours de cette même période, le MSSS a ouvert 45 nouveaux dossiers de recherche des origines, soit 13 dossiers de plus qu'en 2015-2016.

Outre les demandes d'informations ou de suivi de dossiers pour les adoptants ayant un dossier d'adoption en cours avec un organisme agréé, le MSSS a reçu et il a traité 334 demandes de citoyens concernant un projet d'adoption sans l'intermédiaire d'un organisme agréé.

En 2016-2017, le MSSS a reçu et il a traité 453 demandes d'information par courrier électronique sur le processus d'adoption internationale au Québec et 61 sur la recherche des origines.

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

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 SAI dispose d'un numéro sans frais (1 800 561-0246).
- Le SAI assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30.
- Le SAI utilise une arborescence téléphonique, laquelle permet de diriger plus rapidement le citoyen vers le service recherché. Ainsi, chaque appel est pris en charge dans le souci d'assurer au citoyen le traitement adéquat et rapide à sa demande.

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

- Le SAI a produit rapidement l'ensemble des lettres requises pour chacun des 826 dossiers d'adoption ouverts.
- Le SAI ne possède pas de système pour comptabiliser le délai de production des lettres nécessaires au cheminement de ces dossiers. Toutefois, selon les observations et les analyses ponctuelles, le SAI répond dans la très grande majorité des cas à l'intérieur d'un délai de 10 jours ouvrables.

Demandes en personne

Engagements

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

- Chaque visiteur arrivant au SAI est accueilli par du personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30.
- Les visites sans rendez-vous sont traitées de la même façon que celles avec rendez-vous. L'employé visé est informé de la visite, mais s'il lui est impossible de recevoir le visiteur, des arrangements sont pris avec lui.

2.3.3 Les renseignements sur la Loi concernant la lutte contre le tabagisme

La Direction de l'inspection et des enquêtes (DIE) est responsable, au sein du MSSS, des mandats suivants : appliquer la Loi concernant la lutte contre le tabagisme ainsi que 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 et des laboratoires d'orthèses et de 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	5 128	Sans objet
Courriel	748	1,0 jour
Total	5 876	Sans objet

En 2016-2017, les agents du service à la clientèle ont répondu à 5 128 appels téléphoniques concernant des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel. En raison de l'absence d'un système de gestion des appels, ce résultat s'appuie sur une compilation manuelle des appels reçus faite par les agents du service à la clientèle de la DIE. Les données sur le délai moyen de réponse et la durée moyenne des appels n'ont donc pas pu être colligées.

Appels téléphoniques

Engagements	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec • Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 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 2016-2017, les agents ont répondu à 5 128 appels téléphoniques visant directement les secteurs d'activité suivants :
 - l'application de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (5 069 appels);
 - les salons de bronzage (40 appels);
 - les salons funéraires (17 appels);
 - les laboratoires d'orthèses et de prothèses (2 appels).
- Pour l'ensemble des secteurs d'activité, il s'agissait de demandes de renseignements sur les lois et les règlements (74 %), de plaintes liées à leur application (16 %) ou de commandes de matériel (10 %). Au total, les 5 128 appels concernaient directement l'application des lois. Cela représente une augmentation de 89 % par rapport à l'année précédente. Cette augmentation s'explique par l'entrée en vigueur de plusieurs modifications à la Loi concernant la lutte contre le tabagisme le 26 mai, le 26 août et le 26 novembre 2016. En effet, plusieurs demandes d'information ont été engendrées par l'interdiction de fumer dans un rayon de neuf mètres de la plupart des lieux publics, l'interdiction des saveurs dans les produits du tabac et l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer sur différents sites, notamment les terrasses, les aires de jeu extérieures pour enfants, les terrains sportifs et les terrains d'école. Il s'agit de la période la plus achalandée au service à la clientèle de la DIE depuis l'entrée en vigueur des modifications à la Loi sur le tabac en 2006.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande
-------------------	---

- La DIE offre à la population la possibilité de demander des renseignements sur la Loi concernant la lutte contre le tabagisme par courrier électronique à l'adresse loi-tabac@msss.gouv.qc.ca. En 2016-2017, la DIE a reçu 748 demandes par ce moyen de communication, soit près de 3 fois plus que les 254 courriels reçus l'année précédente. Pour l'ensemble des secteurs d'activité, il s'agissait de demandes de renseignements sur les lois et les règlements (68 %), de plaintes liées à leur application (24 %) ou de commandes de matériel (8 %). Au total, les 748 courriels concernaient directement l'application des lois. 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, le 26 mai, le 26 août et le 26 novembre 2016. La réponse a été donnée par courriel dans 83 % des cas et par téléphone dans 10 % des cas, et ce, dans un délai moyen de 1,0 jour. Les autres messages (7 %) n'exigeaient pas de réponse.
- Par ailleurs, trois correspondances concernant des plaintes en vertu de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme ont été reçues par la poste au cours de l'année 2016-2017. Toutes ces plaintes ont été retenues pour le traitement approprié. Toutefois, en raison du peu de correspondances reçues par ce mode de communication depuis 2014-2015, la DIE en a cessé le suivi pour les données de gestion.

2.3.4 Les plaintes

Engagements	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement de la plainte dans un délai de 20 jours ouvrables ou moins à compter de sa réception • Si la transmission d'une réponse complète et finale est impossible à l'intérieur de ce délai, communication à la personne de la date à laquelle la réponse lui sera transmise
-------------	--

Pour l'année 2016-2017, aucune plainte n'a été comptabilisée au MSSS. Pour être comptabilisée, une plainte doit concerner le MSSS ou l'un de ses programmes.

- Il est important de rappeler que le service de première ligne aux citoyens est assuré par Services Québec en vertu d'une entente de service. Un accusé de réception est systématiquement envoyé et la réponse à une demande est transmise au citoyen à l'intérieur d'un délai de deux jours ouvrables, lorsque celle-ci est reçue par courrier électronique ou par télécopieur. Quant aux appels téléphoniques, ils sont répondus dans un délai de trois minutes s'ils sont reçus pendant les heures d'ouverture des bureaux et les messages laissés dans les boîtes vocales sont traités dans un délai d'un jour ouvrable.
- Lorsqu'une plainte reçue par Services Québec concerne les services offerts par un établissement de santé et de services sociaux ou par l'un de ses partenaires publics ou privés, le citoyen est dirigé vers le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement où ont été fournis les services visés par sa plainte. En cas d'insatisfaction relativement à la réponse ou au suivi en question, il recevra les coordonnées du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux.
- Lorsque Services Québec ou le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale reçoivent des plaintes ou des commentaires adressés au MSSS ou concernant ses programmes, ces derniers sont redirigés vers la boîte vocale ou la boîte courriel du bureau de renseignements du MSSS.
- Dans le cas de messages téléphoniques, le bureau de renseignements rend un appel avec 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 MSSS. Le bureau de renseignements les achemine effectivement au secteur concerné ou au cabinet.

PARTIE 3

L'UTILISATION DES RESSOURCES

3.1 LES RESSOURCES HUMAINES

La répartition de l'effectif

Au 31 mars 2017, le MSSS comptait 998 personnes à son emploi ayant un statut permanent ou occasionnel, pour un total d'heures rémunérées de 1 781 579. L'écart observé de 35 personnes en moins en 2016-2017 par rapport à 2015-2016 s'explique par le départ de 7 % des employés nommés après l'application de la LMRSSS et du départ de 35 % des employés du Commissaire à la santé et au bien-être à la suite de l'annonce d'une possible fermeture.

Effectifs en poste au 31 mars 2017

Secteurs d'activité ou orientations stratégiques	2015-2016	2016-2017	Écart
Direction supérieure	44	44	0
Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité	73	67	-6
Direction générale de la santé publique	73	74	1
Direction générale des services sociaux	111	106	-5
Direction générale des services de santé et médecine universitaire	71	69	-2
Direction générale du personnel réseau et ministériel	116	109	-7
Direction générale des finances, des immobilisations et du budget	140	138	-2
Direction générale à la coordination réseau et ministérielle	108	107	-1
Direction générale des technologies de l'information	277	277	0
Sous-total	1 013	991	-22
Commissaire à la santé et au bien-être	20	7	-13
TOTAL	1 033	998	-35

Heures rémunérées par secteur d'activité ou orientation stratégique 2016-2017

Secteurs d'activité ou orientation stratégique	Heures rémunérées 2015-2016	Heures rémunérées 2016-2017	Écart
Direction supérieure	Non disponible	80 107	Non disponible
Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité	Non disponible	121 550	Non disponible
Direction générale de la santé publique	Non disponible	128 301	Non disponible
Direction générale des services sociaux	Non disponible	193 535	Non disponible
Direction générale des services de santé et médecine universitaire	Non disponible	124 436	Non disponible
Direction générale du personnel réseau et ministériel	Non disponible	202 704	Non disponible
Direction générale des finances, des immobilisations et du budget	Non disponible	244 834	Non disponible
Direction générale à la coordination réseau et ministérielle	Non disponible	181 767	Non disponible
Direction générale des technologies de l'information	Non disponible	489 176	Non disponible
Sous-total	Non disponible	1 766 110	Non disponible
Commissaire à la santé et au bien-être	Non disponible	15 169	Non disponible
Total en heures rémunérées¹	Non disponible	1 781 579	Non disponible
Total en ETC transposés² (total heures rémunérées / 1 826,3 heures) ³	Non disponible	975,51	Non disponible

1. Le total des heures rémunérées comprend les heures travaillées et les heures supplémentaires par le personnel permanent et occasionnel à l'exclusion des stagiaires et des étudiants.

2. Le total en ETC transposé est le nombre total d'heures rémunérées converti en ETC sur la base de 35 heures par semaine, soit 1 826,3 heures par année.

3. Cette nouvelle façon de présenter l'information découle d'une décision du Conseil du trésor du 17 mai 2016 (C.T. 216343) concernant l'établissement du niveau d'effectif dont dispose chaque ministre pour l'ensemble des organismes publics dont le personnel est assujéti à la Loi sur la fonction publique et dont il est responsable.

La formation et le perfectionnement du personnel

La formation et le perfectionnement du personnel demeurent une priorité ministérielle. En lien avec les chantiers prioritaires du MSSS, l'offre corporative de formation 2016 contenait plusieurs formations portant sur la gestion de projets et les salles de pilotage. Ces formations étaient offertes au personnel professionnel. Cela a eu pour effet d'augmenter le nombre d'heures de formation enregistré et la proportion de la masse salariale par rapport à l'année précédente. Par contre, un faible taux de recrutement de nouveaux gestionnaires explique la baisse de dépenses dans le champ d'activité « soutenir l'acquisition des habiletés de gestion ».

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

Champ d'activité	2015 ¹	2016 ¹
Favoriser le champ d'activité ou l'orientation stratégique du développement des compétences	123 174 \$	150 551 \$
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	36 603 \$	21 594 \$
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	15 826 \$	14 127 \$
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	27 467 \$	27 530 \$
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	15 808 \$	16 730 \$

1. Année civile.

Évolution des dépenses en formation¹

Année civile	2015	2016 ²
Proportion de la masse salariale	0,75 %	0,88 %
Nombre moyen de jours de formation par personne	1,17 jour	1,62 jour
Montants alloués par personne	517 \$	652 \$

1. Le dénominateur pour le calcul du nombre de jours de formation et les 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, y compris les cadres et les administrateurs de l'État, à l'exception des stagiaires et des étudiants.
2. L'évolution des dépenses en formation pour l'année 2016 est calculée à partir des dépenses de formation admissibles à 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	2015	2016
Cadres	246 jours 2,5 heures	293 jours 2 heures
Professionnels	731 jours 1,5 heure	1 114 jours 2,5 heures
Fonctionnaires	203 jours 5 heures	219 jours

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

Le taux de départ volontaire pour l'année financière 2016-2017 est plus élevé que celui de l'année précédente. Cela s'explique par l'augmentation du nombre d'employés étant partis en raison d'une mutation. Le nouveau système Emplois en ligne implanté depuis la fin du mois d'octobre 2015 facilite le repérage des emplois disponibles à l'intérieur de la fonction publique et permet de postuler facilement pour un nouvel emploi grâce aux formulaires de candidature électroniques. De plus, plusieurs processus de qualification se sont tenus à la suite de l'implantation de ce nouveau système, ce qui a permis de constituer de nouvelles banques de qualification et, pour plusieurs employés, d'accéder à une promotion.

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

	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Taux de départ volontaire	9,4 %	10,75 %	15,89 %

La mobilisation du personnel et le climat de travail

En 2015, le MSSS a intégré la mobilisation du personnel dans son plan stratégique 2015-2020. L'objectif plan est de maintenir la mobilisation du personnel du MSSS en accroissant sa capacité à s'adapter à un contexte ministériel en évolution. En effet, le MSSS doit pouvoir compter sur du personnel mobilisé pour relever les défis actuels et futurs dans un contexte marqué par une transformation majeure.

Dans un souci de poursuivre notre engagement quant à la démarche d'amélioration continue des pratiques de gestion au MSSS, l'ensemble du personnel a été invité, en février 2017, à remplir le questionnaire *Appréciation des pratiques de gestion en santé et mieux-être du supérieur immédiat*. Ainsi, 79 % des employés ont saisi l'occasion de remplir le questionnaire et de s'impliquer dans la démarche d'amélioration continue de ces pratiques. Puisqu'il a été démontré qu'une saine communication avec son gestionnaire est un levier de mobilisation important et que cela favorise un meilleur climat de travail, une dimension « communication » a été sondée pour une première fois.

De façon générale, les pratiques de gestion en santé et mieux-être au MSSS obtiennent de très bons résultats. La plupart des énoncés mesurés (13 sur 16) présentent des proportions de réponses positives de 90 % ou plus. Ce taux s'élève même à 95 % ou plus pour les énoncés suivants :

- **Santé globale** : le supérieur immédiat tient compte, dans la mesure du possible, de l'équilibre travail-vie personnelle dans ses pratiques de gestion (96 %).
- **Responsabilisation** : le supérieur immédiat laisse l'autonomie et la latitude nécessaires dans la réalisation des mandats et des tâches (95 %).
- **Communication** : le supérieur immédiat favorise une communication ouverte et franche (95 %).

Finalement, à la lumière des résultats de la mesure de 2017, on peut penser que, dans l'ensemble, le personnel dirigeant est sensibilisé à l'importance des pratiques visant le maintien et l'amélioration durable de la santé et du mieux-être du personnel.

De plus, l'organisation d'une activité à l'automne 2016 a donné l'occasion aux ministres et au sous-ministre de rencontrer le personnel du MSSS. Cette rencontre annuelle 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.

Également, dans la poursuite des efforts du MSSS pour favoriser le maintien d'un climat de travail sain et des relations respectueuses, une conférence sur la civilité et le climat de travail a été offerte au personnel et deux formations sur le même sujet ont été données aux gestionnaires. Un atelier sur le climat de travail destiné aux équipes a aussi été développé et est disponible depuis janvier 2017. En outre, la promotion de la Politique en matière de prévention et de règlement des situations de conflit et de harcèlement psychologique et, par le fait même, du soutien offert dans ce domaine est effectuée en continu.

Enfin, une collecte de données a été effectuée en octobre 2016 auprès de l'ensemble des employés (755 répondants) afin de connaître leur satisfaction, leurs besoins et leurs intérêts en matière de santé et de mieux-être. Cette vaste consultation a permis de préciser leurs besoins en actions concrètes pour les trois prochaines années. La présentation des résultats ainsi que du bilan des actions en santé et mieux-être réalisées en 2016 a suscité un grand intérêt (95 participants). Cette rencontre a permis de souligner l'importance qu'accorde la haute direction à la santé et au mieux-être du personnel. D'ailleurs, les employés bénéficient également d'une tribune permanente à laquelle ils accèdent par l'intermédiaire d'une adresse courriel ou par les 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, par l'article 42 du chapitre 25 des lois de 2013 et par l'article 7 du chapitre 8 des lois de 2015, 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 2015-2016.

À cet effet, le MSSS n'a accordé aucun boni fondé sur le rendement aux titulaires d'emploi supérieur et aux cadres.

Bonis au rendement accordés en 2016-2017 pour la période d'évaluation du rendement du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016

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'embauche totale de la dernière année s'élève à 212 nouveaux employés.

Nombre total de personnes embauchées selon le statut d'emploi, au cours de la période 2016-2017

Personnes embauchées	Régulier	Occasionnel	Étudiant	Stagiaire
Total	89	46	55	22
Nombre d'employés réguliers en place au 31 mars 2017			973	

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

Le MSSS poursuit ses efforts afin d'accroître la représentation des différentes composantes de la société québécoise parmi son personnel. En 2016-2017, il a recruté 24 membres de groupes cibles, ce qui correspond à 11 % de l'embauche, incluant tous les statuts d'emploi. L'écart entre les résultats de l'embauche 2016-2017 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 2016-2017

Statuts d'emploi	Embauche totale 2016-2017	Communautés culturelles	Anglophones	Autochtones	Personnes handicapées	Total par statut d'emploi	Taux d'embauche par statut d'emploi (%)
Régulier	89	8	0	0	0	8	9 %
Occasionnel	46	2	0	1	1	4	9 %
Étudiant	55	6	2	0	1	9	16 %
Stagiaire	22	3	0	0	0	3	14 %

Au 31 mars 2017, l'effectif régulier du MSSS comprenait 9 % de membres de communautés culturelles et 0,7 % de personnes handicapées. Le résultat de représentativité des membres de communautés culturelles correspond au taux visé par le gouvernement, mais les efforts afin d'accroître la représentativité des personnes handicapées doivent se poursuivre afin d'atteindre le pourcentage visé par le gouvernement, qui est de 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	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Régulier	14 %	5 %	9 %
Occasionnel	6 %	11 %	9 %
Étudiant	8 %	7 %	16 %
Stagiaire	19 %	8 %	14 %

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 en 2015	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total en 2015 (%)	Nombre en 2016	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total en 2016 (%)	Nombre en 2017	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total en 2017 (%)
Communautés culturelles	71	8 %	78	8 %	83	9 %
Autochtones	4	0,4 %	7	1 %	8	0,8 %
Anglophones	6	1 %	6	1 %	4	0,4 %
Personnes handicapées	9	1 %	9	1 %	7	0,7 %

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

Groupes cibles	Personnel d'encadrement		Personnel professionnel		Personnel technicien		Personnel de bureau		Personnel des agents de la paix		Personnel ouvrier		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Communautés culturelles	0	0	60	10	14	9	9	8	0	0	0	0	83	9
Autochtones	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0,8
Anglophones	0	0	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	0,4
Personnes handicapées	0	0	6	1	1	1	0	0	0	0	0	0	7	0,7

La représentation féminine

Le MSSS 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 2017, les femmes représentaient 69 % des nouvelles embauches du MSSS et 66 % de l'effectif régulier.

Taux d'embauche des femmes en 2016-2017 par statut d'emploi

	Personnel régulier	Personnel occasionnel	Personnel étudiant	Personnel stagiaire	Total
Nombre total de personnes embauchées	89	46	55	22	212
Nombre de femmes embauchées	59	36	40	11	146
Pourcentage par rapport au nombre total de personnes embauchées	66 %	78 %	73 %	50 %	69 %

Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2017

	Personnel d'encadrement	Personnel professionnel	Personnel technicien	Personnel de bureau	Personnel des agents de la paix	Personnel ouvrier	Total
Nombre total d'employés réguliers (hommes et femmes)	91	608	162	112	0	0	973
Nombre de femmes ayant le statut d'employée régulière	48	373	95	106	0	0	622
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	53 %	61 %	59 %	95 %	0 %	0 %	64 %

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

Comme par les années passées, le MSSS a effectué la promotion du Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées (PDEIPH) auprès de l'ensemble de ses gestionnaires. En cours d'année, trois projets ont été présentés au CSPQ et deux d'entre eux ont été retenus. De plus, le MSSS a produit un bilan 2015-2016 ainsi qu'une mise à jour du Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2015-2019 du MSSS, dans lequel on retrouve plusieurs actions favorisant la participation sociale des personnes handicapées. Ce plan comporte des mesures s'orientant autour des domaines suivants : l'information et la sensibilisation, l'embauche et l'accessibilité.

Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées – Nombre de projets soumis au CSPQ dans le cadre du PDEIPH

Automne 2014 (cohorte 2015)	Automne 2015 (cohorte 2016)	Automne 2016 (cohorte 2017)
2	1	3

Nombre de nouveaux participants au PDEIPH accueillis du 1^{er} avril au 31 mars

2014-2015	2015-2016	2016-2017
0	1	1

Autres mesures ou actions en 2016-2017 (activités de formation de gestionnaires, activités de sensibilisation, etc.)

Mesures ou actions	Groupe cible visé	Nombre de personnes visées
Aucune	Sans objet	Sans objet

3.1.2. Renseignements relatifs au contrôle des effectifs

Gestion et contrôle des effectifs

Le Conseil du trésor a fixé, pour l'exercice financier 2016-2017, une cible de 1 846 516 heures travaillées pour le MSSS, le Commissaire à la santé et au bien-être et le Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux. Cette cible a été atteinte, car le nombre d'heures travaillées pour 2016-2017 est de 1 772 129.

Répartition de l'effectif pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017

	Catégories	Heures travaillées [1]	Heures supplémentaires [2]	Total des heures rémunérées [3] = [1] + [2]	Total en ETC transposés [4] = [3] / 1 826,3 h	Nombre d'employés
1	Personnel d'encadrement	188 047	0	188 047	103	91
2	Personnel professionnel	1 063 391	7 307	1 070 698	586	614
3	Personnel infirmier	0	0	0	0	0
4	Personnel enseignant	0	0	0	0	0
5	Personnel de bureau technicien et assimilé	518 668	1 993	520 661	285	292
6	Agents de la paix	0	0	0	0	0
7	Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 023	149	2 177	1	1
Total en heures		1 772 129	9 450	1 781 579		
Total en ETC transposés (Total des d'heures / 1 826,3 h)		970	5	976		

1. Les étudiants et les stagiaires ne sont pas comptabilisés pour les entités assujetties à la Loi sur la fonction publique (RLRQ, chapitre F-3.1.1).

3.1.3. Renseignements relatifs aux contrats de services

Contrats de services

Au cours de l'année 2016-2017, 73 contrats de services conclus par le MSSS ont entraîné une dépense de 25 000 \$ et plus chacun. Parmi ces contrats, 16 ont été conclus avec une personne physique; ils ont représenté 5,4 % des sommes totales dépensées pour les contrats de services de plus de 25 000 \$. Les 57 autres contrats ont été signés avec des contractants autres qu'une personne physique et ils représentaient 94,6 % des sommes octroyées pour les contrats de services de plus de 25 000 \$.

Contrats de services dont le montant est de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017¹

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ²	16	714 918,91 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ³	57	12 522 936,87 \$
Total des contrats de services	73	13 237 855,78 \$

1. Moduler l'information en cohérence avec la reddition de comptes de l'exercice précédent.

2. Une personne physique, qu'elle soit dans les affaires ou non.

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

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

Le MSSS

La dépense probable pour l'année 2016-2017 du MSSS, de l'Office des personnes handicapées du Québec et de la RAMQ s'élève à 35 268,6 millions de dollars. Cette dépense se répartit entre les quatre programmes détaillés ci-dessous.

Les fonctions nationales: programme 01 141,8 millions de dollars

Le programme 01, portant sur les fonctions de coordination, permet de procurer au MSSS 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 fonctions régionales: programme 02 24 930,6 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 12,7 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 10 183,5 millions de dollars

Le programme 04, qui concerne la RAMQ, 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 RAMQ 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 MSSS en 2016-2017 pour chacun des programmes ainsi qu'une comparaison entre la dépense réelle en 2015-2016 et la dépense probable pour l'exercice 2016-2017.

Dépenses et évolutions par secteur d'activité¹

Secteur d'activité	Budget de dépenses 2016-2017 (000 \$)	Dépenses probables 2016-2017 (000 \$)	Dépenses réelles 2015-2016 (000 \$)	Écart ² (000 \$)	Variation ³ (%)
01 Fonctions de coordination	137 475,3	141 822,8	117 191,0	24 631,8	21,0
02 Services dispensés à la population	23 405 474,6	24 930 608,9	22 769 018,1	2 161 590,8	9,5
03 OPHQ	12 658,4	12 658,4	11 069,9	1 588,5	14,3
04 RAMQ	10 183 461,8	10 183 461,8	9 847 077,5	336 384,3	3,4
TOTAL	33 739 070,1	35 268 551,9	32 744 356,5	2 524 195,4	7,7

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

2. Écart entre les dépenses réelles 2015-2016 et les dépenses probables 2016-2017.

3. Résultat de l'écart divisé par les dépenses réelles 2015-2016.

La dépense réelle du MSSS se chiffrait à 32 744,4 millions de dollars pour l'exercice 2015-2016. La dépense probable pour 2016-2017 est évaluée à 35 268,6 millions de dollars; elle représente une croissance de 7,7 % par rapport à l'année précédente. L'écart entre la dépense réelle en 2015-2016 et la dépense probable en 2016-2017 est analysé sommairement en faisant ressortir les causes les plus importantes :

- Pour les fonctions de coordination, la dépense probable en 2016-2017 est supérieure de 24,6 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2015-2016. Cet écart est principalement attribuable à la mise en place 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 gouverne. Il comprend également les effets des efforts importants découlant de la mise en place des mesures de contrôle des dépenses pour l'exercice 2015-2016.

- Pour les services dispensés à la population, la dépense probable en 2016-2017 excède de 2 161,6 millions de dollars la dépense réelle en 2015-2016. Cette croissance est principalement attribuable aux ajustements salariaux découlant des conventions collectives, à la variation du service de la dette, à la couverture des priorités d'équité interrégionale et aux crédits additionnels pour augmenter les services à la population.

La dépense probable 2016-2017 tient également compte de l'intégration des dépenses du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS) ainsi que des ajouts effectués en cours d'exercice notamment pour les nouveaux investissements en santé annoncés à la mise à jour économique d'octobre 2016.

De plus, des mesures d'optimisation 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.

- Pour la RAMQ, la dépense probable en 2016-2017 augmente de 336,4 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2015-2016. L'augmentation s'explique principalement par les dépenses relatives aux services médicaux, qui reflètent l'incidence des ajustements prévus aux ententes 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)⁸

Le 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 2016-2017 (en millions de dollars)

Produits	Prévisions
Contribution santé, hausse d'impôt et autres	1 010
Affectation d'une partie des transferts fédéraux pour la santé	342
TOTAL – Produits	1 352

Charges du FINESSS en 2016-2017 (en millions de dollars)

Accès aux services de première ligne

Charges	Prévisions
Plan d'investissement pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées	304
Plan d'accès en déficience intellectuelle et physique	32
Groupes de médecine de famille (GMF)	117
Infirmières praticiennes spécialisées	19
Sous-total	472

8. 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	34
Soins oncologiques	142
Dialyse	165
Sous-total	573

Autres mesures d'accès aux services

Charges	Prévisions
Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	175
Inhalothérapie	144
Ergothérapie	95
Électrophysiologie	53
Autres ¹	25
Sous-total	492

Total des charges du FINESSS

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

1. Inclut les soins palliatifs et les dépenses de nature administrative.

3.2.1. La politique de financement

Le MSSS 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 MSSS, 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 MSSS

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

Revenus et coûts estimés totaux

Revenus estimés totaux pour 2016-2017	Coûts estimés totaux pour 2016-2017
11,36 M\$	10,25 M\$

Revenus et coûts estimés détaillés

La vente de permis

Revenus estimés pour 2016-2017	Coûts estimés pour 2016-2017
1,83 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 MSSS. Fixés initialement selon 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 2016-2017	Coûts estimés pour 2016-2017
0,23 M\$	0,23 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 et de la Francophonie 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 2016-2017	Coûts estimés pour 2016-2017
9,30 M\$	9,30 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 MSSS. 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 2016-2017	Coûts estimés totaux pour 2016-2017
1 653,4 M\$	4 891,7 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 2016-2017	Coûts estimés pour 2016-2017
888,0 M\$	4 397,7 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 dans une 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 MSSS. Ils sont recalculés ou indexés annuellement en fonction de l'indice des rentes.

Les suppléments de chambres

Revenus estimés pour 2016-2017	Coûts estimés pour 2016-2017
48,0 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 MSSS.

Les tarifs se trouvent sur le site Web du MSSS. Ils sont indexés annuellement selon l'indice des rentes.

Les tierces responsabilités

Revenus estimés pour 2016-2017	Coûts estimés pour 2016-2017
223,4 M\$	Sans objet

Le MSSS 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 MSSS 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 Canada⁹.

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 fournis¹⁰.

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 MSSS. 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 2016-2017	Coûts estimés pour 2016-2017
494,0 M\$	494,0 M\$

Les exigences du MSSS 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 1 231,5 millions de dollars pour l'année 2016-2017. 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.

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

10. 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 ces services à 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 MSSS 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 MSSS. 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 2016-2017 n'étant pas disponibles, les données de 2015-2016 sont présentées ici. Il faut également souligner que les particuliers contribuent à hauteur de 24 M\$ sur l'ensemble des coûts.

Revenus et coûts estimés totaux

Sommaire des revenus et des coûts totaux

Revenus en 2015-2016	Coûts en 2015-2016
108,0 M\$	636,0 M\$

Revenus et coûts estimés détaillés

Revenus de tarification 2015-2016

Sources de financement	Montants
Établissements du réseau (transport interétablissements)	65,0 M\$
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (pour les prestataires de la sécurité du revenu)	11,0 M\$
Société de l'assurance automobile du Québec	5,0 M\$
Autres (organismes fédéraux)	3,0 M\$
Particuliers	24,0 M\$
Sous-total – Revenus de tarification	108,0 M\$

Coûts en 2015-2016

Sources de financement	Montants
Revenus de tarification	108,0 M\$
MSSS (subvention)	528,0 M\$
Total	636,0 M\$

3.3 LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Le MSSS 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 MSSS (volet « MSSS »). 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 « MSSS »

Dépenses et investissements prévus et réels en ressources informationnelles pour 2016-2017

Catégories de coûts	Dépenses et investissements prévus (000 \$)	Dépenses et investissements réels (000 \$)	Écart entre la planification et le réel (000 \$)
Activités d'encadrement	7 017	6 311	-706
Activités de continuité	2 700	2 735	35
Projets	4 000 ¹	1 617	-2 383
Dépenses et investissements en ressources informationnelles	13 717	10 663	-3 054

1. Les dépenses et les investissements prévus attribués aux projets incluent une provision de 775 840 \$.

L'écart négatif de 3 054 000 \$ entre le montant des dépenses et des investissements prévus et celui des dépenses et des investissements réels au regard des ressources informationnelles est principalement imputable à un exercice de priorisation des projets qui a conduit à la révision de la portée de certains projets et au report en 2017-2018 de la réalisation d'autres projets. En outre, certains projets ont coûté moins cher que prévu. La provision n'a pas été utilisée.

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 MSSS. Cependant, parmi ces actifs, certains peuvent aussi être utilisés par du personnel du réseau.

Au cours de la période 2016-2017, le MSSS a entrepris certains projets informatiques reliés au délestage de Lotus Notes. Mentionnons :

- le système de suivi de la correspondance, dont l'avancement se situe à 62 %;
- la refonte technologique des interfaces utilisant le carnet d'adresses Lotus Notes, dont l'avancement se situe à 3 %;
- la refonte technologique de diffusion d'informations sur le cancer, dont l'avancement se situe à 2 %;
- la refonte technologique du système d'inscription d'activités, dont l'avancement se situe à 90 %;
- la refonte technologique du système de réservation des ressources, dont l'avancement se situe à 5 %.

Le MSSS a également poursuivi ou terminé plusieurs mandats déjà entrepris avant le 1^{er} avril 2016, tels que :

- l'adaptation des systèmes à la suite de la migration vers Windows Server 2008 (avancement à 68 %);
- l'adaptation des systèmes à la suite de la migration iChain (avancement à 56 %);
- le plan de délestage Notes (avancement à 90 %);

- le système d'inspection – multidomaines (avancement à 28 %);
- le développement des projets reliés à la migration des serveurs SQL (terminé);
- le rehaussement des infrastructures de télécommunications du 1005 et du 1075 (terminé);
- la mise à niveau du client Notes (terminée).

Liste et état d'avancement des projets en ressources informationnelles¹ pour 2016-2017

Liste des projets	Avancement (%)	Ressources financières prévues (000 \$)	Ressources financières utilisées (000 \$)	Explications sommaires des écarts
Refonte technologique du système de gestion et de reddition de comptes (GESTRED)	10 %	0	138	Les travaux d'analyse se sont amorcés en 2016-2017 en vue du remplacement du système actuel.
Système de suivi de la correspondance	62 %	326	333	Aucun écart.
Refonte technologique des interfaces utilisant le carnet d'adresses Lotus Notes	3 %	55	1	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2017-2018.
Refonte technologique du système de suivi des commandes en lien avec la Loi concernant la lutte contre le tabagisme	0 %	122	0	Ce projet est annulé.
Refonte technologique de diffusion d'informations sur le cancer	2 %	201	2	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2017-2018.
Refonte technologique du système d'inscription d'activités	90 %	82	23	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2017-2018.
Refonte technologique du système de réservation des ressources	5 %	244	5	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2017-2018.
Fusion des Active Directory (AD)	2 %	100	5	Un dossier d'affaires est en élaboration. L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2017-2018.
Salle visioconférence (MSSS)	26 %	125	6	Les travaux sont reportés en 2017-2018.
Adaptation des systèmes – migration SQL 2012	100 %	18	7	Ce projet s'est terminé le 30 avril 2016.

Suite du tableau ➔

Liste des projets	Avancement (%)	Ressources financières prévues (000 \$)	Ressources financières utilisées (000 \$)	Explications sommaires des écarts
Adaptation des systèmes – migration Windows Server 2008	68 %	460	283	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2017-2018.
Adaptation des systèmes – migration iChain	56 %	297	147	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2017-2018.
Mise à niveau des serveurs Windows 2003	99 %	88	38	L'ensemble des travaux sera réalisé d'ici le 31 mai 2017 dans le respect des coûts estimés.
Rehaussement des infrastructures de télécommunications du 1005 et du 1075, ch. Sainte-Foy	100 %	235	137	Ce projet s'est terminé le 31 mars 2017.
Mise à niveau du client Notes	100 %	7	6	Ce projet s'est terminé le 30 mai 2016.
Système d'inspection – multidomains	28 %	504	244	Considérant que le projet a été en suspens dans les années antérieures et après la nouvelle priorisation des projets, on explique cet écart principalement par le ralentissement des travaux et l'étalement de l'échéancier.
Plan de délestage Notes	90 %	360	242	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2017-2018.
Services sans fil (Wi-Fi)	8 %	0	0	Aucune activité en 2016-2017. Les activités ont été reportées en 2017-2018.
Mise en place d'un Mobile Device Manager (MDM)	0 %	0	0	Ce projet est annulé.
Total		3 224²	1 617	

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

2. Le total des ressources financières prévues aux projets exclut une provision de 775 840 \$.

L'écart entre le montant des ressources financières prévues (3 244 000 \$) et celui des ressources financières utilisées (1 617 000 \$) s'explique principalement par la priorisation des projets, laquelle a conduit à la révision de la portée ou de l'annulation de certains projets et au report en 2017-2018 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 : www.tableaubordprojetsri.gouv.qc.ca/tableau-de-bord.

Volet «réseau»

Le MSSS 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 MSSS.

Dépenses et investissements prévus et réels¹ assumés par le MSSS pour les projets en ressources informationnelles à l'intention du réseau² pour 2016-2017

Activités et projets	Dépenses et investissements prévus (000 \$)	Dépenses et investissements réels (000 \$)	Écart entre la planification et le réel (000 \$)
Activités d'encadrement	6 542	6 497	-45
Activités de continuité	209 211	180 562	-28 649
Projets	78 518	16 649	-61 869
Dépenses et investissements en ressources informationnelles	294 271	203 708	-90 563

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 négatif de 90 563 000 \$ entre le montant des dépenses et des investissements prévus et celui des dépenses et des investissements réels au regard des ressources informationnelles s'explique principalement par la réalisation à moindre coût des activités de continuité et des projets terminés ainsi que le report en 2017-2018 de la majorité des travaux liés aux projets. L'annulation de certains projets explique également cet écart.

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 et sommaire d'hospitalisation. Conformément à la planification actualisée du projet, la mise en œuvre du DSQ est avancée à 98,80 %. 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 2016-2017. Au 31 mars 2017 :

- l'ensemble des pharmacies communautaires (1 890) alimente le DSQ et a accès aux renseignements qu'il contient, permettant à plus de 5,9 millions de Québécois d'y avoir un profil médicament;
- tous les laboratoires d'établissements publics (126) alimentent le domaine « laboratoire », ce qui représente 100 % du volume des analyses de biologie médicale produites par les laboratoires publics au Québec;
- l'ensemble des laboratoires de biologie médicale privés (4) alimente le DSQ, ce qui représente 100 % du volume d'analyses réalisées dans les laboratoires privés du Québec (plus de 6 millions d'analyses de laboratoire);

- 130 des 155 sites d'établissements publics rendent les examens d'imagerie médicale accessibles pour consultation dans le DSQ. Cela représente 78,58 % du volume des examens d'imagerie médicale produits par les sites publics d'imagerie médicale au Québec;
- 14 des 61 laboratoires d'imagerie médicale privés ciblés pour alimenter le DSQ rendent disponibles des examens d'imagerie médicale.

En 2016-2017, les intervenants autorisés 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 consultation a été conforme à la planification. En plus des pharmacies communautaires, 2 725 sites cliniques (cliniques médicales, GMF, unités de médecine familiale, urgences et CLSC, notamment) parmi les 2 762 sites déployables (soit 98,80 %), sur un total de 3 462 sites recensés, sont branchés au DSQ en date du 31 mars 2017. Ces statistiques comprennent les sites publics de première ligne ainsi que les sites publics des deuxième et troisième lignes, par exemple les CHSLD, les centres de santé mentale, les centres de réadaptation et les centres de soins palliatifs.

Au 31 mars 2017, 54 479 dispositifs d'accès au DSQ sont actifs et ont été distribués à 17 832 médecins, 18 843 infirmières, 8 639 pharmaciens et 9 165 autres intervenants autorisés (y compris : archiviste médical, biochimiste, microbiologiste, sage-femme, soutien technique en pharmacie et soutien technique au médecin), 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 est en cours depuis juin 2014 et s'est terminé en 2016-2017 conformément à la planification du MSSS. Ce registre tient compte de la dernière version du Protocole d'immunisation du Québec. Les travaux se poursuivent avec le déploiement des fonctions allégées qui permettront l'accès au registre de vaccination pour les médecins, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les sages-femmes. Il est prévu que ces travaux seront terminés d'ici décembre 2018.

Les dépenses totales pour le Dossier Santé Québec

Au 31 mars 2017, les dépenses totales pour le DSQ s'établissaient à 503,8 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 2016-2017 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 2017.

Dossier Santé Québec : contour financier et dépenses

Projets liés au DSQ	Propriétaires	Contour financier du budget 2016-2017 (M\$)	Contribution attendue d'Inforoute Santé du Canada (M\$)	Contribution du Québec (M\$)	Dépenses au 31 mars 2017 (M\$)
Couche d'accès à l'information de santé, y compris 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	119,9	71,9	48,0	98,4
Index patient maître	CIUSSS de la Capitale-Nationale	22,1	10,0	12,1	22,1
SécurSanté (initialement appelé « infrastructure à clé publique »)	RAMQ	22,5	–	22,5	22,5
Médicament	RAMQ	60,3	40,1	20,2	38,2
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	17,6	6,0	20,9
Télésanté	CIUSSS de la Capitale-Nationale	38,5	19,6	18,9	38,5
Visualiseur du dossier de santé électronique, Dossier de santé électronique et domaine « laboratoire »	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	105,4	91,3	14,1	103,1
Coûts des activités communes :					
• Intérêts		19,4	–	19,4	11,3
• 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		51,5	4,4	47,1	49,6
• Évaluation des bénéfices		0,9	0,6	0,3	0,9
TOTAL		562,6	303,0	259,6	503,8

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'à l'élaboration de la Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021)

Le MSSS est responsable ou coresponsable de plusieurs mesures du Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015, prolongé jusqu'à l'élaboration de la Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021. Les principaux résultats obtenus en 2016-2017 en lien avec ses mesures sont présentés ci-après.

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

En 2016-2017, la promotion des métiers en santé et en services sociaux par l'intermédiaire du site Avenir en santé mettait en vedette des modèles masculins pour 44 % des métiers et professions.

Parmi les candidats recrutés en 2016-2017 (volet « autres professionnels ») à l'occasion des missions de recrutement international de Recrutement Santé Québec, 29 % étaient des hommes.

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

Le MSSS a accordé un soutien financier de 140 000 \$ à l'Association pour la santé publique du Québec afin qu'elle poursuive ses travaux de mobilisation entourant l'appel à l'action *Démasquer l'industrie de l'amaigrissement*.

Le MSSS a également accordé 325 000 \$ à l'organisme Équilibre pour la réalisation de plusieurs activités de sensibilisation et de promotion dont le Prix IMAGE/in, qui félicite les entreprises québécoises en faveur d'une représentation saine et diversifiée du corps dans le monde de la mode, des médias et de la publicité. À la suite du vote de milliers de Québécois, l'édition 2016 a permis de couronner grand gagnant le magazine *Clin d'œil*.

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

Les interventions suivantes ont été faites par le MSSS dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein:

- diffusion de consignes relatives à l'activité d'auto-évaluation des technologues en mammographie et échanges avec les radiologistes sur la qualité du positionnement;
- envoi de recommandations aux radiologistes dans une perspective d'amélioration professionnelle continue;
- publication des délais d'accès à la mammographie de dépistage et aux examens d'investigation mammaire complémentaires.

MESURE 68 Assurer l'accès gratuit à un suivi prénatal précoce ainsi qu'à une information prénatale de qualité pour toutes les femmes enceintes

Trois webinaires ont été diffusés en 2016 à partir du portail d'information périnatale, sur les thèmes suivants :

- Travail et accouchement
- Tabac, alcool et drogues
- Alimentation et gain de poids

Les fiches correspondantes du portail ont été révisées et mises en ligne :

- Le déploiement des services de sages-femmes s'est par ailleurs poursuivi dans plusieurs régions du Québec. Des points de services ont été ouverts pour étendre les services sur les territoires du Bas-Saint-Laurent, de la Capitale-Nationale, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Estrie et de Chaudière-Appalaches. Deux nouvelles maisons de naissance ont également ouvert leurs portes à Montréal (Centre-Sud de Montréal) et en Outaouais. Un total de sept nouveaux postes ETC sages-femmes ont été financés en 2016 autour de ces nouveaux projets.

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

L'ensemble des travaux de révision des fiches du portail d'information périnatale et les webinaires correspondants ont été réalisés avec le souci d'adapter les contenus à la perspective paternelle.

Autres actions inscrites par le MSSS 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, 67, 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 2011-2015 (prolongé jusqu'en 2017)

Les résultats des mesures dont le MSSS est responsable ou coresponsable dans le Plan d'action gouvernemental en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015 (prolongé jusqu'en 2017) ne sont pas présentés, soit parce que les données ne sont pas disponibles (mesure 26), soit parce qu'aucun élément marquant ne ressort des actions menées pendant l'année de référence (mesure 27), ou encore parce que les résultats des engagements ont été obtenus au cours des années précédentes (mesures 10, 21, 22, 23, 24, 25 et 28).

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

Au cours de l'année 2016-2017, le MSSS a reçu 473 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), ce qui représente une augmentation de 12 % par rapport à l'année 2015-2016. Parmi ces demandes, 353 concernaient l'obtention de documents administratifs (75 %) et 120 portaient sur l'accès à des renseignements personnels (25 %) tels que les actes de naissance ou de décès.

Demandes d'accès à l'information

Années financières	Nombre de demandes
2014-2015	406
2015-2016	421
2016-2017	473

Parmi les demandes d'accès aux documents administratifs reçues en 2016-2017, 240 se sont conclues par un accès total ou partiel à l'information et 15 se sont soldées par un refus de communication, notamment en application des articles 9, al. 2, 18, 19, 20, 21, 22, 27, 28, al. 2, 29, 30.1, 34, 37, 38, 48, 53, 54, 59, 86.1 et 91 de la Loi. Les autres demandes concernaient des documents que le MSSS 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 42 % des cas et 5 recours en révision des décisions rendues ont été déposés à la Commission d'accès à l'information.

Demandes ayant obtenu une réponse du MSSS

Types de demande	2015-2016	2016-2017
Dossier Santé Québec	255	303
Demande d'accès aux renseignements relatifs à la vaccination	3 829	219
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés aux fins de recherche, d'étude ou de statistique	39	32
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	18	36
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	327	325

Le MSSS répond également aux demandes d'accès qui lui sont adressées en vertu de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé. En 2016-2017, 303 demandes pour obtenir des renseignements de santé contenus dans le DSQ et 212 demandes faites par des personnes voulant savoir qui a consulté ou alimenté leur DSQ ont été traitées. Le MSSS a répondu positivement à 292 de ces requêtes. L'accès au DSQ d'enfants âgés de moins de 14 ans a été refusé en application de l'article 112 de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé. 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 MSSS a répondu à 219 demandes soumises par des citoyens hors Québec qui souhaitent obtenir leur fiche vaccinale, après la mise en service progressive du Registre de vaccination du Québec. Ces demandes sont traitées en moins de 20 jours et font l'objet d'un accès total dans tous les cas, à moins que le registre ne contienne aucun résultat. Le 15 février 2016, conformément aux autorisations de la Commission d'accès à l'information, le Registre de vaccination a été déployé dans tous les CISSS du Québec ainsi qu'au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, qui peuvent, désormais, répondre aux demandes d'accès de leur population respective désirant obtenir leur fiche vaccinale.

En 2016-2017, le Service de l'accès à l'information et de la propriété intellectuelle s'est assuré de la diffusion, sur le site Web du MSSS, 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, r. 2).

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

Au cours de l'exercice financier 2016-2017, le MSSS a obtenu un avis favorable de l'Office québécois de la langue française pour son projet de politique linguistique. Ainsi, en septembre 2016, le MSSS mettait à la disposition de l'ensemble de son personnel la nouvelle politique. Afin d'en faire la promotion, deux nouvelles concernant la politique linguistique ont été publiées sur l'intranet ministériel.

Au cours de l'exercice financier 2016-2017, le MSSS 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 MSSS se sont déroulées dans le respect de cette politique.

Comité permanent et mandataire

Questions	Oui / non
Avez-vous un mandataire?	Oui
Au cours de l'exercice, avez-vous fait des activités pour faire connaître votre mandataire et son rôle?	Non
Votre organisation compte-t-elle moins de 50 employés?	Non
Avez-vous un comité permanent?	Oui
Combien y a-t-il eu de rencontres du comité permanent au cours de l'exercice?	Aucune
Au cours de l'exercice, avez-vous fait des activités pour faire connaître votre comité permanent?	Non

Étapes de l'élaboration ou de l'approbation de la politique linguistique institutionnelle

Où en êtes-vous dans l'élaboration ou l'approbation de votre politique linguistique institutionnelle?	Inscrire le numéro
1. Projet en élaboration	6
2. Projet soumis pour commentaires à l'Office	
3. Projet soumis pour un avis officiel de l'Office	
4. Avis officiel de l'Office reçu	
5. Politique linguistique institutionnelle approuvée par le sous-ministre ou le dirigeant	
6. Politique linguistique institutionnelle approuvée transmise à l'Office	

Approbation de la politique linguistique institutionnelle

Date d'approbation de la politique linguistique institutionnelle par le sous-ministre ou le dirigeant (s'il y a lieu)	Autre année financière
---	------------------------

Implantation de la politique linguistique institutionnelle adoptée après mars 2011

Questions	Oui / non / précisions
Au cours de l'exercice, avez-vous pris des mesures pour faire connaître votre politique linguistique institutionnelle? Si oui, lesquelles?	Oui, nous avons diffusé des nouvelles sur l'intranet ministériel
Au cours de l'exercice, avez-vous pris des mesures pour assurer la formation du personnel sur l'application de votre politique linguistique institutionnelle? Si oui, lesquelles?	Non
Si vous n'avez pas pris de mesures pour faire connaître votre politique linguistique institutionnelle ou pour assurer la formation du personnel, <ul style="list-style-type: none">• prévoyez-vous des activités de diffusion au cours du prochain exercice?• prévoyez-vous des activités de formation au cours du prochain exercice?	Non

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

Le Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2015-2019 prévoit d'accroître la formation de son personnel au sujet de la conformité aux standards sur l'accessibilité du Web, laquelle facilite l'accès au savoir pour les personnes handicapées¹¹.

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 existant avant l'adoption des standards et n'ayant pas fait l'objet d'une refonte• Sites Web produits par des fournisseurs externes• Certaines sections de l'intranet ministériel• Certains documents téléchargeables

Suite du tableau ➔

11. Le Bilan annuel 2015-2016 du Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2015-2019 est disponible à la section « Documentation » du site Web du MSSS.

Éléments	Explications
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 MSSS 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 Rappel de l'application des standards sur l'accessibilité Web dans le formulaire de production et de diffusion de la Direction des communications Repositionner le contenu des microsites dans l'un des principaux sites du MSSS (site institutionnel du MSSS, 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 MSSS 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, pour l'intranet ministériel seulement
Élaboration d'un plan action	Oui Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2015-2019 publié par le MSSS
Démarche de sensibilisation et de formation	Oui Information disponible sur l'intranet réseau
Existence d'un cadre de gouvernance	Oui Directives ministérielles écrites dans la section de l'intranet réseau 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 en 2005, la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) permet d'assurer la concertation entre les acteurs du milieu universitaire et ceux du réseau de la santé et des services sociaux. Elle chapeaute les quatre RUIS au sein d'une structure permettant la concertation des actions à l'échelle du réseau.

Au cours de l'année 2016-2017, trois rencontres ont réuni les membres de l'exécutif de cette table de coordination nationale, venant des milieux clinique et universitaire. Les sujets suivants ont notamment fait l'objet de travaux :

- la révision du mandat et de la gouvernance des RUIS afin que se poursuivent efficacement les interactions nécessaires pour les missions d'enseignement, de recherche et de médecine de pointe sur tout le territoire du Québec;
- l'offre d'une médecine de qualité et pertinente contribuant à l'efficacité et à l'efficience du réseau de la santé et des services sociaux;
- la révision du rôle des tables sectorielles nationales des RUIS confirmant leur rôle d'expert-conseil auprès du MSSS;
- la révision du contrat type d'affiliation entre un établissement et une université dans un souci de simplification;
- le portrait des établissements présentant un état de la situation actuelle et permettant une réflexion globale sur la situation souhaitée en ce qui concerne les effectifs médicaux.

Les tables nationales sectorielles des RUIS, qui regroupent des experts du domaine, relèvent de la direction responsable du dossier au MSSS. Au cours de l'année, seule la table nationale sectorielle en soins infirmiers a exercé ses activités. Leurs principaux travaux sont présentés ici.

- **Table en soins infirmiers**
 - travaux sur différentes formations (IPS, première assistante en chirurgie, IPS en santé mentale, mise à niveau en CHSLD pour IPS);
 - rôle des infirmières en prévention et en contrôle des infections;
 - plan d'effectifs infirmiers;
 - travaux sur l'organisation et la réalisation des stages en soins infirmiers.

4.6 LE SUIVI DES ENTENTES D'INSCRIPTION DES MÉDICAMENTS SUR LA LISTE DRESSÉE EN VERTU DE L'ARTICLE 116 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

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 (2015, chapitre 8), le MSSS 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, c'est-à-dire la *Liste de médicaments – Établissements* des établissements de santé et de services sociaux, soit :

1° le nom du fabricant de médicaments;

2° le nom du médicament;

3° 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
Abbvie	Holkira ^{MC} Pak
Allergan inc.	Ozurdex ^{MC}
Astellas Pharma Canada inc.	Xtandi ^{MC}
AstraZeneca Canada inc.	Forxiga ^{MC}
AstraZeneca Canada inc.	Komboglyze ^{MC}
AstraZeneca Canada inc.	Onglyza ^{MC}
Bayer inc.	Adempas ^{MC}
Bayer inc.	Xarelto ^{MC}
Bayer inc.	Xofigo ^{MC}
Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée	Giotrif ^{MC}
Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée	Jardiance ^{MC}
Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée	Pradaxa ^{MC}
Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée	Ofev ^{MC}
Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée	Spiriva ^{MC} Handihaler ^{MC}
Bristol-Myers Squibb Canada	Daklinza ^{MC}
Bristol-Myers Squibb Canada	Eliquis ^{MC}
Bristol-Myers Squibb Canada	Opdivo ^{MC}
Bristol-Myers Squibb Canada	Orencia ^{MC}
Bristol-Myers Squibb Canada	Yervoy ^{MC}
Celgene inc.	Abraxane ^{MC}
Celgene inc.	Istodax ^{MC}
Celgene inc.	Pomalyst ^{MC}
Eli Lilly Canada inc.	Cyramza ^{MC}
Gilead Sciences inc.	Epclusa ^{MC}
Gilead Sciences inc.	Harvoni ^{MC}
Gilead Sciences inc.	Sovaldi ^{MC}

Nom du fabricant du médicament	Nom du médicament
Gilead Sciences inc.	Zydelig ^{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}
GlaxoSmithKline inc.	Arnuity ^{MC} Ellipta ^{MC}
Hoffmann-La Roche Ltée	Actemra ^{MC} et Actemra ^{MC} S.C.
Hoffmann-La Roche Ltée	Gazyva ^{MC}
Hoffmann-La Roche Ltée	Kadcyla ^{MC}
Hoffmann-La Roche Ltée	Emballage combiné de Perjeta ^{MC} et d'Herceptin ^{MC}
Hospira	Inflectra ^{MC}
Janssen inc.	Imbruvica ^{MC}
Janssen inc.	Invokana ^{MC}
Janssen inc.	Zytiga ^{MC}
Merck Canada inc.	Keytruda ^{MC}
Merck Canada inc.	Zepatier ^{MC}
Novartis Pharmaceuticals Canada inc.	Afinitor ^{MC}
Novartis Pharmaceuticals Canada inc.	Cosentyx ^{MC}
Novartis Pharmaceuticals Canada inc.	Entresto ^{MC}
Novartis Pharmaceuticals Canada inc.	Gilenya ^{MC}
Novartis Pharmaceuticals Canada inc.	Jakavi ^{MC}
Novartis Pharmaceuticals Canada inc.	Tafinlar ^{MC} et Mekinist ^{MC}
Novartis Pharmaceuticals Canada inc.	Tobi Podhaler ^{MC}
Novartis Pharmaceuticals Canada inc.	Ultibro ^{MC} Breezhaler ^{MC}
Novartis Pharmaceuticals Canada inc.	Xolair ^{MC}
Pendopharm, division de Pharmascience inc.	Ibavyr ^{MC}

Suite du tableau ➔

Nom du fabricant du médicament	Nom du médicament
Pfizer Canada inc.	Inlyta ^{MC}
Pfizer Canada inc.	Inspra ^{MC}
Pfizer Canada inc.	Xalkori ^{MC}
Pfizer Canada inc.	Xeljanz ^{MC}
Sunovion Pharmaceuticals Canada inc.	Aptiom ^{MC}
Sunovion Pharmaceuticals Canada inc.	Latuda ^{MC}
UCB Canada Inc.	Cimzia ^{MC}
Total de la somme globale annuelle reçue en application des ententes d'inscription	3 873 233,34 \$

Les ententes mentionnées ci-dessus sont celles qui étaient en vigueur au 31 mars 2017. En conformité avec la loi, ces ententes prévoient le versement de rabais et de ristournes. La facturation auprès des fabricants, par le MSSS, s'effectue généralement sur une base annuelle, en fonction de la date anniversaire de l'entrée en vigueur de chaque entente.

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 doivent publier leurs engagements en matière de révision des lois et des règlements.

En 2016-2017, le MSSS a participé aux rencontres tenues par la Direction de l'allègement réglementaire et administratif du ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation au sujet des principales dispositions de la Politique gouvernementale sur l'allègement réglementaire et administratif.

En application de cette politique, le MSSS a mis sur pied un comité de révision sur l'allègement réglementaire et administratif à l'automne 2016. Ce dernier a pour mandat d'analyser les lois et les règlements qui ont une incidence sur les entreprises et de déterminer si des allègements peuvent être adoptés. Ainsi, en 2016-2017, le MSSS a animé quatre rencontres de ce comité de révision afin de déterminer un plan de révision des allègements qui peuvent être apportés.

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

Tome de l'automne 2011, chapitre 3: *Services se rapportant à l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux*

RECOMMANDATION 16 Prendre des mesures pour s'assurer que les établissements optimisent les ressources accordées aux services alimentaires et aux services de nutrition clinique et qu'ils se dotent d'un plan pour effectuer les changements qu'il juge requis.

Les travaux se sont poursuivis pour finaliser le document intitulé *Lignes directrices pour les services alimentaires*. Des éléments ont été ajoutés au document concernant les modes de distribution et l'harmonisation des menus.

RECOMMANDATION 17 Suivre la performance des établissements en ce qui a trait aux services alimentaires et aux services de nutrition clinique et prendre des mesures pour les inciter à s'améliorer à cet égard.

En ce qui concerne les indicateurs de suivi, la démarche de modification de l'indicateur de productivité actuellement utilisé (coût unitaire par repas) est toujours en élaboration. Les travaux se poursuivront en 2017-2018.

La démarche de développement d'un programme provincial de formation des préposés aux services alimentaires s'est poursuivie en 2016-2017. En effet, le MSSS participe à des travaux préalables à l'élaboration d'un programme de formation professionnelle menant à une Attestation d'études professionnelles (AEP) pour les préposés aux services alimentaires œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec le réseau de l'éducation.

RECOMMANDATION 18 Offrir du soutien aux établissements et assurer leur coordination en ce qui a trait aux services alimentaires et aux services de nutrition clinique.

Durant l'année 2016-2017, le Groupe de travail sur les services alimentaires a continué ses activités en tenant trois réunions, soit en avril et en juin 2016 et en mars 2017.

Tome du printemps 2012, chapitre 4: *Personnes âgées en perte d'autonomie – services d'hébergement*

RECOMMANDATION 1 Mettre à jour ses orientations relatives à l'hébergement des personnes âgées et mettre en œuvre un nouveau plan d'action qui comprend des échéanciers et des indicateurs précis.

Plusieurs chantiers ont été entrepris afin de proposer des orientations relatives à l'hébergement des personnes âgées. Certains sont globaux et d'autres, plus précis. Chacun de ces chantiers est doté d'un plan d'action qui comprend des échéanciers et des indicateurs précis afin de suivre et d'assurer la mise en œuvre des orientations données.

Une démarche visant à améliorer l'organisation des soins et des services offerts aux aînés en CHSLD a débuté en septembre 2016. Une visite des milieux les plus performants et des consultations auprès de plusieurs partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux ont été réalisées pour recueillir de l'information sur les pratiques développées et déterminer celles qui offrent les meilleurs résultats. Un forum sur les meilleures pratiques en CHSLD réunissant les experts et les représentants du réseau, tenu en novembre 2016, a permis de présenter les pratiques ciblées et d'échanger sur elles. Lors de ce forum, les présidents-directeurs généraux des établissements se sont engagés à implanter les meilleures pratiques dans les installations sous leur responsabilité par le biais dix-neuf engagements. Le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est quant à lui engagé à investir 65 millions de dollars supplémentaires pour l'ajout de personnel dans les CHSLD. Sept autres engagements ministériels, traitant notamment de l'attraction et de la rétention des préposés aux bénéficiaires et des infirmières praticiennes spécialisées, de l'approche non pharmacologique et des soins dentaires, ont été pris.

Un cadre de référence sur l'alimentation est en cours de rédaction. L'objectif du cadre est d'offrir une alimentation de qualité qui favorise la prise alimentaire optimale chez les résidents hébergés et donc une diminution de la dénutrition en CHSLD. Un ensemble d'acteurs est concerné par cet objectif qui est résolument tourné vers le résident et sa qualité de vie. Ainsi, les trois secteurs suivants y sont abordés : le service d'alimentation, la nutrition clinique et l'activité repas.

Aussi, un chantier sur la révision de l'offre alimentaire dans les CHSLD est démarré depuis novembre 2016. Un manuel d'organisation de projet ministériel a été produit et il a été demandé aux établissements de faire de même. L'objectif est d'assurer une offre de menus commune et équitable dans les CHSLD publics et privés conventionnés, basée sur une harmonisation des balises nutritionnelles et alimentaires, une structure commune de menus ainsi qu'une standardisation des recettes.

RECOMMANDATION 2 Assurer un suivi rigoureux des mesures à implanter qui découlent des orientations ministérielles et du plan d'action se rapportant à l'hébergement des personnes âgées.

En 2016-2017, plusieurs suivis d'implantation se sont ajoutés à ceux déjà en place et portant sur l'admission en CHSLD, la présence infirmière et le pourcentage d'usagers hébergés dans les CHSLD publics ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention. Ainsi, un suivi sur le démarrage du projet de révision de l'offre alimentaire en CHSLD ainsi qu'un suivi de l'implantation des engagements des présidents-directeurs généraux des établissements publics et des établissements privés conventionnés pris lors du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD ont été amorcés.

RECOMMANDATION 4 Disposer de l'information suffisante à l'égard des besoins des usagers, des ressources d'hébergement, des services offerts et de l'accès à celles-ci.

Un des engagements des présidents-directeurs généraux lors du Forum consiste à recueillir auprès du résident et de ses proches les renseignements permettant de bien connaître ses besoins et ses préférences.

RECOMMANDATION 9 Mieux encadrer le développement de places en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) ainsi que les achats de places réalisés auprès des promoteurs privés afin notamment que le processus respecte la réglementation en vigueur.

En 2016-2017, pour soutenir les établissements dans l'organisation, la gestion et la prestation de services en RI-RTF, une version révisée du cadre de référence RI-RTF ainsi qu'un document en soutien ont été publiés. Une tournée de formation a été offerte par le MSSS dans le but de former des agents multiplicateurs dans chacun des établissements. De plus, un comité de

suivi de l'implantation des orientations ministérielles du cadre de référence relatives à l'organisation, à la gestion et à la prestation de services en RI-RTF a été mis sur pied. Finalement, un gabarit d'appel d'offres pour les RI, à l'usage des établissements, a été développé et est en processus de finalisation.

RECOMMANDATION 10 Analyser la performance de chaque ressource d'hébergement en considérant le coût et les services rendus.

En matière de performance des installations en CHSLD, comme mentionné à la première recommandation, des visites des milieux les plus performants ont été réalisées pour recueillir l'information sur les pratiques développées et pour déterminer celles qui offrent les meilleurs résultats.

Le MSSS a lancé un appel d'offres pour conclure un contrat avec un fournisseur privé afin d'établir un coût par parcours de soins et de services. Les travaux sont en cours. Ces coûts permettront de réaliser de l'étalonnage entre les établissements et ainsi d'analyser leur performance en mettant en relation ces coûts avec la prestation de services.

RECOMMANDATION 11 Favoriser les soins à domicile si cette option est la plus bénéfique et la plus économique.

Le projet prioritaire en soutien à domicile a notamment pour objectif de favoriser les soins à domicile si cette option est la plus bénéfique et la plus économique. En effet, ce projet vise à augmenter l'accès, la pertinence et l'intensité des services de soutien à domicile de longue durée en fonction des besoins de la clientèle adulte et à dégager une marge de manœuvre permettant de desservir un plus grand nombre d'utilisateurs à domicile.

RECOMMANDATION 12 Revoir et réévaluer périodiquement la contribution des personnes âgées hébergées ainsi que l'ensemble des frais qu'elles assument.

Le groupe de travail de la RAMQ et du MSSS visant à élaborer de nouvelles règles simplifiées a réalisé ses travaux. Le MSSS est actuellement en train d'évaluer le mode d'implantation de ces nouvelles règles. 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.

RECOMMANDATION 13 Veiller à ce que l'ensemble des mesures de contrôle de la qualité permette une surveillance suffisante et adéquate des ressources d'hébergement en considérant notamment la fréquence et la nature des contrôles effectués ainsi que les indicateurs à suivre.

Les visites d'évaluation de la qualité en CHSLD et en RI-RTF se sont poursuivies. De plus, un guide de soutien aux établissements pour les visites en RI-RTF s'est ajouté à celui élaboré en 2015-2016 pour les CHSLD.

Le processus de certification des résidences privées pour aînés a quant à lui été resserré en 2013 par de nouvelles dispositions réglementaires qui étaient en révision en 2016-2017.

RECOMMANDATION 3 Obtenir dans les meilleurs délais un portrait objectif et fiable de l'état du parc immobilier sous sa responsabilité.

L'inspection technique visuelle des bâtiments s'est poursuivie en 2016-2017 conformément au cadre normatif établi. Ainsi, 1 116 bâtiments additionnels ont été inspectés pour un total de 1 716 bâtiments, ce qui représente 70,3 % de la superficie totale du parc immobilier du MSSS et qui correspond à l'objectif fixé pour 2016-2017.

RECOMMANDATION 5 Déterminer le déficit d'entretien en fonction des exigences que le Secrétariat du Conseil du trésor aura établies.

L'évaluation du déficit d'entretien est conforme aux exigences du *Guide d'élaboration et de mise en œuvre du cadre de gestion des infrastructures publiques* élaboré par le Secrétariat du Conseil du trésor.

Tout bâtiment affichant un indice de vétusté physique (IVP) supérieur au seuil d'état (SE) établi dans le guide susmentionné est qualifié de déficitaire et la valeur du déficit d'entretien du bâtiment est égale au différentiel entre l'IVP et le SE multiplié par la valeur de remplacement courante du bâtiment.

Qui plus est, aux fins d'obtenir une juste évaluation du déficit d'entretien, le MSSS a validé les listes de travaux de toutes les installations principales présentant au moins un bâtiment déficitaire. Ainsi, les travaux de plus de 700 des 1 116 bâtiments inspectés en 2016-2017 ont fait l'objet d'une validation.

RECOMMANDATION 9 Répartir l'allocation des sommes visant la résorption du déficit d'entretien en considérant l'état des infrastructures.

Les sommes consenties pour la résorption du déficit d'entretien des bâtiments sont allouées en fonction de l'état des bâtiments depuis 2015-2016, première année d'évaluation de l'état physique des bâtiments.

Seuls les bâtiments déficitaires sont admissibles au financement annuel de résorption du déficit d'entretien.

De plus, des mesures de suivi et de contrôle ont été mises en place afin de s'assurer que l'entièreté de ce financement est affectée aux bâtiments déficitaires.

RECOMMANDATION 10 Allouer au réseau de la santé et des services sociaux les montants destinés à la résorption du déficit d'entretien.

Les sommes prévues annuellement pour la résorption du déficit d'entretien sont entièrement allouées à cet effet. De plus, les montants prévus au Plan québécois des infrastructures sont suffisants pour résorber le déficit d'entretien du parc immobilier du réseau de la santé et des services sociaux.

RECOMMANDATION 11 Effectuer un suivi annuel des sommes dépensées pour le maintien d'actifs et la résorption du déficit d'entretien afin de s'assurer de leur utilisation dans les meilleurs délais.

Le système Actifs+ Réseau permet au MSSS d'effectuer un suivi annuel des sommes dépensées pour le maintien d'actifs et la résorption du déficit d'entretien. De plus, en défalquant les sommes dépensées des sommes allouées par les enveloppes de maintien et de résorption du déficit d'entretien, le MSSS peut ainsi assurer le suivi des délais d'utilisation des sommes allouées.

RECOMMANDATION 12 Évaluer régulièrement l'état des infrastructures et suivre son évolution à l'aide d'indicateurs.

Pour chacun des bâtiments inspectés à ce jour, le MSSS dispose de la liste des travaux à réaliser d'ici les cinq prochaines années, ce qui lui permet de calculer l'IVP initial s'y rattachant.

Le système d'information de gestion en place (système Actifs+ Réseau) permet d'assurer le suivi de la réalisation des travaux, de mettre à jour les listes de travaux et, conséquemment, de réinitialiser annuellement l'IVP. Ainsi, le MSSS est en mesure d'évaluer l'évolution de l'état de tout bâtiment du parc immobilier.

RECOMMANDATION 14 Estimer régulièrement le déficit d'entretien tel que le Secrétariat du Conseil du trésor l'aura défini, et suivre son évolution en vue d'atteindre les objectifs fixés par la loi.

En date du 31 décembre 2016, le MSSS avait inspecté 70,3 % de la superficie totale de son parc immobilier et évalué le déficit d'entretien afférent. Comme défini par le Conseil du trésor, le déficit d'entretien sera estimé au maximum tous les cinq ans. Le MSSS est en mesure de suivre l'évolution du déficit d'entretien du parc immobilier et celui de chacun des bâtiments déficitaires en particulier.

Tome du printemps 2013, chapitre 2: *Déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement*

RECOMMANDATION 1 S'assurer de bien suivre l'ensemble des délais d'accès aux services.

Le MSSS poursuit le suivi rigoureux du taux de respect des délais d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) selon les standards établis dans le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.

Ainsi, le Plan stratégique 2015-2020 inclut un indicateur sur les délais moyens d'accès aux services spécialisés pour les enfants de moins de 5 ans ayant un TSA. Le suivi de cet indicateur est réalisé par le biais des ententes de gestion et d'imputabilité.

Par ailleurs, les CISSS et les CIUSSS doivent produire un bilan annuel du Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité prévu dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Le MSSS compile et analyse l'implantation de l'ensemble des standards et des mécanismes d'accès et de continuité, et assure une rétroaction des résultats aux établissements. Ces derniers devaient mettre en œuvre, pour le 31 mars 2017, un guichet d'accès unique pour les usagers ayant une DI ou un TSA afin d'améliorer l'accès, d'assurer une évaluation globale des besoins de façon à bien orienter l'utilisateur et de planifier adéquatement les services requis.

RECOMMANDATION 2 Suivre l'intensité des services spécialisés tout en faisant l'analyse des écarts entre les centres de réadaptation (CR).

Le MSSS poursuit le suivi de l'indicateur de gestion sur les services d'intervention comportementale intensive (ICI) offerts aux enfants ayant un TSA. Cet indicateur met en relation le nombre d'enfants recevant de l'ICI et le nombre moyen d'heures de services. Ceci permet d'apprécier l'intensité des services ainsi que l'écart entre les CISSS et les CIUSSS.

RECOMMANDATION 3 Veiller à ce que des mécanismes soient mis en place par les établissements pour assurer la continuité des services.

Dans son Plan stratégique 2015-2020, le MSSS suit un indicateur visant à assurer la continuité des services auprès des jeunes de 21 ans et plus ayant une déficience ou un TSA qui ont terminé leur scolarité. L'objectif vise à ce que ces jeunes adultes aient accès à une activité socioprofessionnelle après leur scolarisation.

Parmi les douze modalités à implanter dans le cadre du plan d'accès, deux standards de continuité sont indiqués : la planification des services et la désignation d'un intervenant pivot. D'ailleurs, il s'agit de deux livrables attendus par le MSSS dans le bilan des CISSS et des CIUSSS 2016-2017.

RECOMMANDATION 9 Établir des orientations pour l'évaluation de la qualité des services rendus aux usagers dans les CR.

Un cadre de référence sur le partenariat avec l'utilisateur et ses proches en santé et services sociaux est en cours d'élaboration. Les objectifs généraux qui y sont proposés ont obtenu l'aval des différents comités stratégiques associés à leur élaboration et il fera l'objet d'une consultation auprès des membres de la Table ministérielle sur la qualité et la sécurité des soins et des services. Ce document se préoccupe, entre autres, de l'évaluation du partenariat et de la qualité des soins et des services à partir de l'expérience vécue par l'utilisateur et ses proches.

Depuis la réorganisation du réseau, des travaux sont en cours en ce qui a trait à certains mécanismes d'assurance de la qualité qui s'appliquent dans les établissements. Ces travaux visent à permettre l'adaptation de ces mécanismes aux nouvelles réalités issues de la transformation importante du réseau afin qu'ils soient davantage en lien avec les orientations ministérielles. Le MSSS et le réseau ont ainsi entrepris une réflexion sur la démarche d'agrément afin de déterminer les besoins, les enjeux et les attentes du réseau en lien avec la nouvelle structure du réseau. Conformément à la Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1), un appel d'offres était en élaboration pour l'implantation d'une démarche d'agrément des établissements publics adaptée à ce nouveau contexte.

RECOMMANDATION 13 Mettre à jour les orientations ministérielles et déterminer des indicateurs de gestion et des cibles permettant d'évaluer et de suivre la performance du programme.

Le *Bilan des orientations ministérielles en déficience intellectuelle et actions structurantes pour le programme-services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme* a été publié en novembre 2016.

Par ailleurs, le cadre de référence sur l'organisation des services en déficience physique (DP), en DI et en TSA est terminé et sera diffusé sous peu. Ce document précise les orientations devant guider l'organisation des services, notamment en réitérant l'importance de développer des services de proximité et d'assurer l'intégration des services. Une stratégie de mise en œuvre se planifie.

Un rapport d'évaluation sur l'intégration des services pour les personnes ayant une DP, une DI ou un TSA est terminé et sera diffusé sous peu. Cette évaluation permettra de soutenir la prise de décision et de donner aux CISSS et aux CIUSSS des leviers d'action afin d'améliorer l'intégration des services pour les personnes, leur famille et leurs proches. En plus, les recommandations formulées au MSSS ainsi qu'aux CISSS et aux CIUSSS contribueront à diriger les actions prioritaires.

Enfin, le *Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022 – Des actions structurantes pour les personnes et leur famille* a été annoncé le 21 mars 2017. Un financement récurrent de 29 millions de dollars est consenti pour assurer la mise en œuvre du plan d'action. Ce financement vise notamment la réduction des listes d'attente et l'attribution d'un intervenant pivot lors du début des services. Un autre montant non récurrent de 1,25 million de dollars est attribué pour la recherche, la formation et le développement d'outils d'intervention. La mise en œuvre du plan d'action sur le TSA sera suivie rigoureusement. En effet, des indicateurs de gestion sont en élaboration et des cibles seront fixées aux établissements en fonction des sommes octroyées.

RECOMMANDATION 14 Revoir le mode de financement des services afin qu'il tienne compte des besoins des personnes.

Le MSSS a procédé à une révision du mode d'allocation des ressources dans le programme DI-TSA. Les travaux se poursuivent afin de consulter les établissements et de finaliser les règles du nouveau mode d'allocation. Celui-ci d'allocation des ressources introduit un nouvel indice de besoins qui prend en considération le nombre de personnes ayant une DI ou un TSA et qui ont des besoins de services dans chaque région.

RECOMMANDATION 15 Revoir les allocations directes et les critères d'attribution concernant les mesures de soutien aux familles afin de mieux répondre aux besoins et d'harmoniser les pratiques.

Les travaux réalisés par la Direction de l'audit interne du MSSS ont permis d'obtenir des données pertinentes sur les pratiques administratives et cliniques au regard de l'attribution des allocations en soutien aux familles. La Table nationale de coordination en DP, en DI et en TSA a été consultée sur de grandes orientations visant à réviser le programme d'allocation en soutien aux familles.

RECOMMANDATION 16 Arrimer les systèmes d'information du programme afin de favoriser la circulation de l'information et la continuité des services tout en s'assurant de la confidentialité des données.

Les anciens établissements de réadaptation pour les personnes ayant une DI ou un TSA composent avec un système d'information qui leur est propre. En ce moment, le MSSS n'est pas en mesure de suivre les usagers dans leur parcours de soins et de services avec ce système. Le MSSS poursuit ses démarches afin de mettre en place une banque de données commune. À cet effet, un projet de règlement est en cours de rédaction.

RECOMMANDATION 1 S'assurer que l'ensemble du réseau utilise une méthode uniforme de calcul des délais d'attente relatifs aux services à domicile par type de services et pour tous les usagers afin d'obtenir une image représentative de ces délais.

Une méthode de calcul pour l'indicateur « pourcentage des premiers services qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC) » a été finalisée et la diffusion dans le réseau a débuté. Les résultats sont calculés et diffusés par la RAMQ sous forme de rapports statutaires disponibles au réseau. Dernièrement, le MSSS a développé une méthode qui calcule le délai entre l'assignation à un service de soutien à domicile et la première dispensation de ce service.

RECOMMANDATION 5 Poursuivre et accélérer la mise en place de systèmes d'information intégrés qui permettent de suivre l'usager dans le continuum de services aux personnes âgées.

Plusieurs systèmes informatiques accessibles dans la solution informatique du RSIPA permettent la communication de l'information dans chacun des établissements. Au cours des années précédentes, le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), le tableau d'aide individualisée (TAI) et le plan de services individualisés et d'allocation de services (PSIAS) ont été déployés. En mai 2016, s'est ajouté le plan thérapeutique infirmier (PTI), élaboré en concertation avec l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

RECOMMANDATION 6 S'assurer que des contrôles systématiques sont réalisés quant à la fiabilité des données relatives aux services à domicile enregistrées dans les systèmes.

Concernant le système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC), plusieurs actions ont été réalisées ou sont en cours pour soutenir le contrôle de la qualité des données :

- mise à jour de la formation sur le cadre normatif I-CLSC au printemps 2016;
- révision du cadre normatif I-CLSC, y compris les modifications de 2015 à 2017;
- réalisation d'un outil d'aide à la décision pour le profil d'intervention en conformité avec le cadre normatif I-CLSC et le chantier prioritaire en soutien à domicile (SAD).

RECOMMANDATION 12 Établir des standards de services, d'accès, de qualité et d'efficience pour les services à domicile.

Depuis mars 2016, un projet prioritaire en SAD est en cours. Il a pour objectif d'augmenter l'accès, la pertinence et l'intensité des services de soutien à domicile de longue durée en fonction des besoins de la clientèle adulte, dont les personnes âgées, et de dégager une marge de manœuvre permettant de desservir un plus grand nombre d'usagers.

Deux premiers livrables ont été déposés en septembre 2016 aux CISSS et aux CIUSSS :

1. La version préliminaire du cadre de référence en SAD présentant les fondements du SAD, les orientations cliniques et organisationnelles et les rôles et responsabilités des acteurs. Un accompagnement est prévu afin d'assurer un déploiement uniforme et adéquat dans l'ensemble des établissements du réseau.
2. Un portrait provincial de la consommation des services ainsi que le taux de réponses aux besoins en soins d'assistance, en soutien et en soins infirmiers pour l'ensemble des usagers. Il a également été transmis à chaque CISSS et CIUSSS avec la même analyse pour les usagers de leur territoire.

De plus, la mise en œuvre d'une démarche visant à améliorer l'organisation des soins et des services aux aînés à domicile a débuté en septembre 2016. Une visite des milieux les plus performants du Québec a été réalisée pour recueillir l'information sur les pratiques développées et déterminer celles qui offrent les meilleurs résultats. Des consultations ciblées auprès de partenaires nationaux ont également été menées, ce qui a permis une meilleure compréhension des pratiques exemplaires issues du terrain. Les principaux constats ont été pris en compte dans l'organisation d'un forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile qui a eu lieu au printemps 2017. Des travaux sur les indicateurs de la performance sont aussi en cours.

RECOMMANDATION 11 Effectuer un suivi des orientations relatives aux services à domicile afin d'en assurer la mise en œuvre.

Les deux premiers livrables du projet prioritaire en SAD, décrits ci-haut, posent les premiers jalons d'une révision des pratiques visant une augmentation de l'accès, de la pertinence et de l'intensité des services en SAD. Un plan de soutien au changement de pratiques est en cours d'élaboration. Celui-ci vise un accompagnement des acteurs concernés dans l'implantation des orientations et des directives ministérielles diffusées et à venir.

RECOMMANDATION 13 Déterminer le financement nécessaire pour les services à domicile en fonction des orientations et des besoins actuels et futurs de la clientèle.

L'allocation des crédits de développement 2016-2017 a été effectuée en fonction d'une approche populationnelle tenant compte des besoins et des cibles d'augmentation du nombre d'usagers en soutien à domicile de longue durée de chaque établissement concerné.

RECOMMANDATION 14 Mettre en place des mécanismes permettant de s'assurer d'une prestation de services à domicile sécuritaires et de qualité lorsque ceux-ci sont rendus par des partenaires externes.

Afin de s'assurer, que les prestataires externes de services offrent des services sécuritaires et de qualité, un programme de développement des compétences sur les services d'assistance personnelle à l'intention des préposés d'aide à domicile (PAD) est en cours de déploiement au sein des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD).

Un projet de cadre de référence sur l'encadrement et l'appréciation de la qualité des services offerts hors réseau a été rédigé et a fait l'objet d'une vaste consultation auprès de différentes directions du MSSS, d'établissements du réseau et du réseau des EESAD. Deux projets pilotes pour vérifier l'applicabilité du cadre de référence ont été réalisés et plusieurs constats en ont été dégagés. Une révision du cadre de référence tenant compte des conclusions de la consultation et des projets pilotes est en cours de réalisation.

RECOMMANDATION 15 Suivre régulièrement la performance des établissements dans l'atteinte des standards établis pour les services à domicile.

Un modèle logique a été réalisé pour établir les liens entre les objectifs et les résultats. De plus, des travaux sont en cours pour élaborer un tableau de bord de la performance. Ces travaux s'inscrivent dans le cadre du projet prioritaire en soutien à domicile et permettent de déterminer les indicateurs et les cibles à atteindre.

Les ententes de gestion et d'imputabilité 2016-2017 des établissements comprennent trois suivis liés à cette recommandation. Les deux premiers ont des cibles de résultats pour 2020 inscrites dans le Plan stratégique 2015-2020 du MSSS et le troisième, des engagements annuels :

- nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), DP et DI-TSA);
- pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée et ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA);
- nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services.

Tome du printemps 2014, chapitre 6: *Médicaments et services pharmaceutiques*

RECOMMANDATION 1 Mettre en place des mécanismes pour assurer le suivi des prix des médicaments payés par les établissements.

Les prix payés par les établissements pour les médicaments sont déterminés par des processus d'appels d'offres effectués par les groupes d'approvisionnements en commun (GAC). La stratégie d'approche aux marchés est effectuée à tour de rôle, chaque année, par les trois GAC afin d'obtenir les meilleurs prix disponibles. Grâce à l'implantation d'un système d'information unique LAC (logiciel d'achat en commun), les trois GAC échangent plus facilement des données concernant les médicaments, notamment les prix payés par médicament et par contrat. De plus, à chaque renouvellement de la liste des médicaments une comparaison est faite avec les prix de la Régie de l'assurance maladie du Québec (neuf fois par année).

RECOMMANDATION 5 Agir pour favoriser la mise en commun par les établissements d'outils d'aide à la décision et de suivi de l'utilisation des médicaments.

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a poursuivi ses travaux pour déterminer différents moyens permettant de favoriser un usage plus approprié d'un certain nombre de médicaments. Les travaux portant sur les inhibiteurs de la pompe à protons et les bandelettes (glycémie) ont pris fin au cours de l'exercice 2016-2017.

RECOMMANDATION 9 Établir des orientations relatives à la main-d'œuvre en pharmacie d'établissement, notamment quant à l'offre de services et à la hiérarchisation des services pharmaceutiques en fonction des besoins, et en faire le suivi.

L'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a amené un changement majeur dans l'organisation des départements de pharmacie, en constituant un département de pharmacie unique par établissement. Dans ce contexte, il est ainsi apparu essentiel d'actualiser les travaux réalisés précédemment afin que les orientations correspondent à cette nouvelle réalité. Les travaux se poursuivent à cet effet.

Tome du printemps 2015, chapitre 2: *Promotion d'une saine alimentation comme mesure de prévention en santé*

Toutes les recommandations du chapitre 2 ont été considérées et feront l'objet d'un suivi de leur mise en œuvre dans le cadre de l'axe 2 du Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 et de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) diffusée le 23 octobre 2016.

RECOMMANDATION 1 Déterminer des orientations claires, assorties d'objectifs précis et d'indicateurs mesurables pour rendre les choix alimentaires sains disponibles et accessibles, et ce, afin d'amener la population à adopter de saines habitudes alimentaires.

Les orientations au regard de la saine alimentation s'inscrivent dans l'axe 2 du PNSP 2015-2025, qui vise l'adoption de modes de vie sains et la création d'environnements sains et sécuritaires et qui comprend le service suivant : « information et sensibilisation de la population, particulièrement les populations vulnérables, sur les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires ». Les plans d'action thématiques découlant du PNSP précisent les actions qui s'y rattachent.

Une cible à atteindre découlant du PNSP a été inscrite dans le Plan stratégique 2015-2020 du MSSS. Elle vise à infléchir la tendance actuelle et à augmenter la proportion de la population de 12 ans et plus qui consomme des fruits et légumes au moins cinq fois par jour (ESCC 2011-2012 : 47 %; cible : 50 %). Outre la planification stratégique, les ententes de gestion et d'imputabilité conclues entre le MSSS et les établissements de même que la Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020 permettent également d'orienter les interventions dans l'ensemble des régions du Québec en matière de création d'environnements favorables à une saine alimentation.

RECOMMANDATION 2 Assurer le leadership qui lui revient au regard de la prévention en santé en proposant une politique gouvernementale qui définit clairement les rôles et responsabilités de chacune des entités gouvernementales concernées, afin de renforcer la coordination des actions gouvernementales en matière de promotion d'une saine alimentation.

La PGPS a été lancée le 23 octobre 2016 et comprend des mesures liées à la promotion d'une saine alimentation. Le plan d'action de la PGPS est en cours de rédaction. La portée gouvernementale d'une telle politique permet d'engager des actions structurantes pour agir de façon plus soutenue sur l'ensemble des facteurs qui influencent la santé et pour lesquels plusieurs leviers se situent dans d'autres secteurs d'activité. Elle s'inscrit en complémentarité au PNSP 2015-2025, dont l'action est davantage circonscrite aux responsabilités du système de santé et de services sociaux. De plus, la Table québécoise sur la saine alimentation (TQSA), mise sur pied par le MSSS en novembre 2015, a permis de créer un espace dédié à la concertation nationale des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux afin d'assurer la cohésion entre les organisations sur le plan de l'intervention en matière de promotion, d'adoption et de maintien d'une saine alimentation.

RECOMMANDATION 3 Définir des priorités d'intervention pour guider les plans d'action régionaux liés à la saine alimentation et s'assurer de la cohérence des sommes allouées.

Les plans d'action régionaux de santé publique ont été élaborés en fonction des différents axes d'intervention du PNSP 2015-2025 et des actions, des cibles et des indicateurs des plans d'action thématiques qui en découlent. Pour l'axe 2 du PNSP, le plan d'action contient notamment l'offre de services de santé publique en matière de promotion d'une saine alimentation. Les indicateurs sociosanitaires et de suivi d'implantation du programme sont actuellement en élaboration.

RECOMMANDATION 5 Mettre en place un système d'évaluation de l'impact des interventions afin de mesurer l'atteinte des objectifs et d'apporter les ajustements nécessaires.

Les travaux d'élaboration de la stratégie d'évaluation du PNSP 2015-2025 sont en cours. Cette stratégie bonifiera le système d'évaluation des services de santé publique, dont la mesure de l'atteinte des objectifs en matière de saine alimentation, grâce à des indicateurs sociosanitaires et à l'implantation de services aux paliers national et territorial. La Stratégie indiquera également comment le MSSS compte s'y prendre pour évaluer les effets à long terme de ses interventions. L'appréciation de la performance de l'action de santé publique pourra comporter des indicateurs d'efficacité (atteinte des objectifs) relativement aux effets des interventions en fonction des objectifs et des cibles qui auront été déterminés dans les plans d'action thématiques découlant du PNSP 2015-2025.

RECOMMANDATION 6 Définir des cibles liées à la qualité nutritive des aliments, notamment à l'égard du gras, du sel et du sucre se trouvant dans les aliments transformés.

La détermination des cibles liées à la qualité nutritive des aliments s'inscrit dans l'axe 2 du PNSP 2015-2025, qui vise l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires et qui comprend le service suivant : « élaboration et suivi de cibles de composition nutritionnelle des aliments, en collaboration avec les partenaires concernés ». Par ailleurs, la mesure 3.2 de la PGPS vise à améliorer la qualité nutritive des aliments vendus au Québec en agissant sur deux plans :

1. Un suivi des progrès en matière de diminution en gras, en sel et en sucre des aliments et la taille des portions offertes.
2. Une incitation auprès des acteurs de la filière bioalimentaire à produire, à offrir et à mettre en valeur des aliments nutritifs et une valorisation des pratiques exemplaires en la matière.

Le plan d'action de la PGPS viendra préciser les actions à mettre en place au cours des quatre prochaines années pour réaliser cette mesure.

Un mandat a été confié par le MSSS à l'Observatoire sur la qualité de l'offre alimentaire et à l'INSPQ. Ce mandat contient quatre volets :

1. Recenser les expériences étrangères et les avis des organisations reconnues en matière de seuil de composition nutritionnelle et définir les cibles de composition nutritionnelle.
2. Effectuer une revue de la littérature scientifique des modèles de profilage nutritionnel des aliments et des seuils de composition utilisés.
3. Repérer les catégories d'aliments problématiques pour lesquelles des cibles de composition devront être élaborées.
4. Établir un temps zéro de la qualité nutritive des catégories d'aliments sélectionnées.

Les cibles seront par la suite définies avec le soutien d'un comité scientifique et diffusées auprès des secteurs de l'industrie agroalimentaire en collaboration avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ).

RECOMMANDATION 7 Évaluer les retombées des stratégies de communication utilisées pour promouvoir une saine alimentation et apporter les modifications nécessaires au besoin.

Actuellement, le MSSS ne réalise pas de campagne de communication en matière de saine alimentation. L'élaboration de stratégies de communication est prise en charge par le Secrétariat à la communication gouvernementale. Le MSSS ne peut donc pas donner suite à cette recommandation étant donné l'absence de ce type d'activité. Dans l'éventualité où ce type d'activité serait réalisé, le MSSS donnerait alors suite à la recommandation.

RECOMMANDATION 8 Mettre en place un mécanisme de suivi permettant d'évaluer la qualité nutritive des aliments transformés en vente au Québec.

La mise sur pied de l'Observatoire sur la qualité de l'offre alimentaire en décembre 2016, auquel participent le MSSS et le MAPAQ, permettra de réaliser des études sectorielles et transversales pour suivre l'évolution de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, mesurer les effets de différentes mesures sur la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et effectuer de la recherche de pointe sur l'évolution de la consommation des aliments et du comportement alimentaire des consommateurs.

RECOMMANDATION 9 Déterminer et mettre en place les meilleures pratiques pour rendre plus facile l'adoption de choix alimentaires sains et pour informer le consommateur.

La détermination des meilleures pratiques s'inscrit dans l'axe 2 du PNSP 2015-2025, qui vise l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires et qui comprend le service suivant : « soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre d'initiatives visant l'amélioration de l'accès physique et économique aux aliments de qualité dans les milieux de vie ». En soutien à ce service, le MSSS a notamment développé des fiches d'information destinées aux intervenants des directions de santé publique sur des mesures favorisant la saine alimentation pour tous. La TQSA, qui a également pour mandat de

contribuer à la détermination de mesures structurantes ainsi qu'à la planification et à la mise en œuvre de projets conjoints prometteurs en matière de saine alimentation, a réalisé des projets visant à contrer le gaspillage alimentaire et à modifier la norme sociale en matière de saine alimentation.

Tome du printemps 2015, chapitre 5: *Groupes de médecine de famille et cliniques-réseau*

RECOMMANDATION 1 Revoir les mécanismes concernant l'orientation des clientèles orphelines, notamment celles inscrites dans les guichets d'accès, afin de s'assurer que l'accès à un médecin de famille est équitable pour les patients.

Une révision en profondeur du fonctionnement des guichets d'accès aux médecins de famille est en voie de réalisation. En effet, un nouveau système informatisé, nommé *guichet d'accès à un médecin de famille* (GAMF), est géré depuis avril 2016 par la RAMQ. Ce nouveau système centralisé est accessible directement par le Web. Il permet de simplifier les démarches à réaliser par tout citoyen en recherche d'un médecin de famille.

De plus, il appuie l'ensemble des intervenants dans tous les guichets d'accès présents sur l'ensemble du territoire du Québec grâce à des procédures standardisées et à des données valides.

RECOMMANDATION 2 Mesurer et publier les résultats obtenus concernant l'accès à un médecin de famille, dont ceux en lien avec les guichets d'accès.

Dans le cadre de l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) portant sur l'accessibilité aux services médicaux de première ligne, un suivi systématisé sur une base trimestrielle est effectué concernant les trois objectifs consignés à cette entente, soit :

- le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille;
- le taux d'assiduité provincial des médecins de famille vis-à-vis des patients qui sont inscrits auprès de ces derniers;
- les délais d'attente pour l'inscription auprès d'un médecin de famille.

Par ailleurs, un amendement a été ajouté au projet de loi n° 20 qui vise spécifiquement la publication d'informations sur l'accès aux services. L'article 72 de 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 (2015, chapitre 25) prévoit notamment la publication des informations suivantes :

- le pourcentage des personnes assurées qui sont suivies par un médecin omnipraticien;
- le taux d'assiduité moyen de l'ensemble des médecins omnipraticiens à l'égard de leur clientèle;
- le délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous avec un médecin omnipraticien.

RECOMMANDATION 3 Revoir les modalités de soutien financier des groupes de médecine de famille (GMF) afin d'inciter ceux-ci à prendre en charge davantage de patients, particulièrement les plus vulnérables.

Le cadre GMF, échu depuis le 15 novembre 2015, octroyait déjà un financement croissant selon le nombre de patients inscrits.

Le nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF en vigueur depuis le 16 novembre 2015 poursuit ce même objectif et vient renforcer le principe du financement axé sur le patient. En effet, les ressources allouées aux GMF sont proportionnelles au nombre de patients inscrits et suivis par les médecins de famille du groupe. Par ailleurs, le nouveau Programme GMF introduit de nouveaux critères de pondération des patients inscrits, qui tiennent compte de la complexité et du temps requis pour effectuer le suivi de certains types de clientèle, dont :

- les patients avec des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme;
- les patients avec le VIH/SIDA ou l'hépatite C;
- les patients avec des troubles dépressifs majeurs récidivants;
- les patients avec de la douleur chronique;
- les patients défavorisés socialement et du point de vue matériel;
- les patients ayant des besoins complexes et suivis à domicile.

Le Programme prévoit une révision annuelle pour les GMF reconnus. Le nombre d'inscriptions pondérées de chaque GMF est alors validé et des ajustements de financement, à la hausse ou à la baisse, s'appliquent le cas échéant.

RECOMMANDATION 4 Moduler l'offre de service exigée des groupes de médecine de famille en fonction du volume et du type de patients inscrits et spécifier le niveau d'accessibilité aux services dans les ententes avec ces groupes.

Le Programme GMF, en vigueur depuis le 16 novembre 2015, clarifie et standardise les attentes liées à l'offre de service. L'offre de service attendue des GMF (heures d'ouverture) est modulée en fonction du nombre de patients inscrits. Plus il y a de patients inscrits dans le GMF, plus le nombre d'heures d'ouverture du GMF est élevé.

De plus, même les plus petits GMF ont une obligation d'offrir des heures en heures défavorables, soit les soirs ou les fins de semaine.

Enfin, toujours dans le nouveau Programme GMF, le taux d'assiduité est introduit pour mieux mesurer l'intensité des services offerts par le GMF. Autrement dit, le taux d'assiduité mesure la capacité du GMF à répondre en temps opportun aux besoins des patients qui y sont inscrits. Les GMF ont ainsi avantage à accroître leur accessibilité, voire leurs heures d'ouverture, afin d'atteindre le seuil minimal attendu pour ce taux d'assiduité.

Le Programme prévoit une révision annuelle pour les GMF reconnus. Le respect des obligations des GMF, notamment pour l'offre de service et le taux d'assiduité, est alors validé. Bien qu'aucun manquement ne puisse s'appliquer pour la première année de vie des GMF, ceux-ci sont informés de l'atteinte (ou non) de leurs obligations. Dès la révision survenant douze mois après la reconnaissance du GMF, des manquements aux obligations peuvent être constatés et des ajustements de financement, à la hausse ou à la baisse, peuvent s'appliquer le cas échéant.

RECOMMANDATION 6 Assurer un meilleur arrimage du soutien financier aux groupes de médecine de famille et des besoins de la population et voir à ce que la répartition des effectifs médicaux favorise l'équilibre entre les cliniques médicales et les établissements.

L'entente intervenue au printemps 2015 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la FMOQ concernant l'accessibilité aux services médicaux de première ligne prévoit des modifications importantes aux activités médicales particulières. Le suivi et l'inscription de clientèles en première ligne sont maintenant reconnus au même titre que les autres activités hospitalières (sauf les services d'urgence).

Par ailleurs, l'entente prévoit également l'introduction de plans d'effectifs médicaux hors établissement en médecine de famille appelés plans régionaux d'effectifs médicaux. Depuis 2016, ces plans historiquement régionaux sont devenus sous-territoriaux. Ils permettent d'assurer une meilleure répartition des médecins de famille sur le territoire québécois. De plus, une gestion plus rigoureuse des plans d'effectifs médicaux en établissement contribue à assurer l'équilibre entre la présence des médecins de famille dans les hôpitaux et en première ligne.

RECOMMANDATION 7 Réviser le processus d'accréditation et de renouvellement des groupes de médecine de famille en clarifiant dans les ententes les rôles du ministère, des agences et des établissements, et en documentant ce processus.

Le nouveau Programme GMF prévoit de nouvelles procédures simplifiées concernant l'adhésion des GMF. Le processus de renouvellement a également été révisé. La reconduction du financement des GMF est effectuée annuellement en fonction de l'atteinte des objectifs. Le nouveau Programme GMF ainsi que la circulaire à cet effet ont clarifié les rôles et les responsabilités du MSSS, des CISSS et des CIUSSS ainsi que des GMF.

De plus, différentes fiches explicatives ont été rédigées afin d'expliquer les procédures liées à l'adhésion du Programme GMF et aux autres modalités du Programme GMF.

RECOMMANDATION 8 Spécifier dans les ententes avec les groupes de médecine de famille les résultats attendus en matière d'informatisation des cliniques, notamment le degré d'utilisation des outils informatiques financés.

Le nouveau Programme GMF comprend une exigence portant spécifiquement sur l'utilisation de dossiers médicaux électroniques certifiés par le MSSS.

Dans le cas où un GMF ne remplirait pas cette obligation, une portion de 30 % du financement lié au fonctionnement du GMF est retirée.

RECOMMANDATION 9 Mettre en place des mécanismes de suivi pour assurer le respect des ententes et adopter des mesures correctrices afin de répartir équitablement le soutien financier entre les groupes de médecine de famille.

Le Programme GMF permet une réactivité beaucoup plus grande en cas de non-respect des obligations prévues lors de la révision annuelle du GMF. Un GMF qui n'atteint pas les critères inscrits au Programme verra son financement ajusté, et ce, annuellement.

La première révision annuelle des GMF reconnus selon le Programme s'est effectuée à l'automne 2016. Bien qu'aucun manquement ne pouvait s'appliquer pour la première année de vie des GMF, un suivi a été effectué à cet égard par le MSSS.

RECOMMANDATION 10 Instaurer un cadre de gestion pour s'assurer d'une utilisation optimale des ressources et évaluer de manière périodique l'atteinte des résultats attendus par rapport au financement accordé aux groupes de médecine de famille et aux cliniques-réseau.

Le Programme GMF prévoit une reddition de comptes annuelle concernant l'atteinte de critères et d'objectifs mesurables. En cas de non-respect des obligations ou de non-atteinte des objectifs, un ajustement au financement est automatiquement appliqué.

Un projet d'évaluation, principalement axé sur l'effet de l'accroissement des ressources professionnelles et l'interprofessionnalisme, est en cours pour mesurer l'atteinte des résultats du nouveau Programme GMF.

Enfin, le MSSS a publié, en avril 2016, le Programme de désignation réseau pour les GMF. Celui-ci permet aux GMF qui le souhaitent d'obtenir un financement et un soutien professionnel supplémentaire en contrepartie d'une offre de service étendue visant principalement à répondre aux besoins de la population non inscrite à un médecin de famille. Le programme de désignation réseau suspend le financement ministériel offert aux cliniques-réseau. Toute clinique-réseau qui le souhaite peut déposer une demande de désignation réseau en vertu de ce programme.

Tome de l'automne 2015, chapitre 4: *Équipements médicaux*

RECOMMANDATION 1 Bonifier la méthode de répartition des ressources financières allouées aux établissements pour le maintien des équipements médicaux afin de considérer d'autres paramètres que la valeur de remplacement, comme la fréquence d'utilisation des équipements et la vétusté de ceux-ci.

En juillet 2016, le MSSS invitait des professionnels du RSSS à participer à un groupe de travail pour évaluer la fréquence d'utilisation des équipements et la réduction de durée de vie qui en résulterait. Plusieurs rencontres ont eu lieu et un rapport est en préparation.

D'ailleurs, dans le cadre du plan annuel de gestion des investissements entrepris par le Secrétariat du Conseil du trésor, des travaux ont été effectués par le MSSS pour qualifier la vétusté des appareils médicaux dans les établissements du RSSS. Subséquemment, une allocation budgétaire supplémentaire de 100 millions de dollars a été attribuée aux établissements du RSSS en 2016-2017. Cette allocation est spécifiquement consacrée au remplacement des appareils vétustes (dépassant leur durée de vie typique).

RECOMMANDATION 3 S'assurer d'obtenir de l'information sur le coût d'entretien des équipements médicaux dans les établissements afin d'en dresser un portrait global aux fins de suivi.

Le MSSS a modifié le rapport financier annuel que les établissements doivent remplir, et ce, à partir de l'exercice 2015-2016, afin d'obtenir le coût global d'entretien des équipements médicaux aux fins de suivi.

RECOMMANDATION 5 Standardiser l'information exigée quant aux délais d'attente et revoir les cibles pour chacun des types d'examens d'imagerie médicale en s'appuyant sur une démarche structurée.

Le MSSS poursuit le développement d'un entrepôt de données (SIMASS) qui rend possible le dépôt automatique des données pour les cas en attente et les procédures réalisées, nous permettant ainsi de mesurer, entre autres, les délais d'accès aux services d'imagerie. Cette démarche permettra notamment de distinguer les premiers examens des examens de contrôle et d'harmoniser la façon dont les délais d'attente sont mesurés. Dans l'intervalle, le MSSS utilise toujours le même système de suivi des ententes de gestion, et ce, jusqu'à ce que les systèmes d'information en imagerie médicale soient interfacés avec SIMASS.

RECOMMANDATION 6 Déterminer l'information que les établissements doivent rendre publique relativement aux délais pour les examens d'imagerie médicale.

Le travail visant à élaborer et à diffuser au réseau un guide d'information à l'intention des établissements sur les informations qu'ils devront rendre publiques et sur les façons de le faire doit débiter prochainement. Le projet pilote de centre de répartition des demandes de services en imagerie médicale est en préparation et prévoit des formulaires standardisés incluant des délais de prise en charge.

RECOMMANDATION 7 Établir des lignes directrices au regard de la pertinence des examens d'imagerie médicale.

En novembre 2016, l'INESSS a transmis au MSSS un rapport intitulé *Utilisation de l'imagerie par résonance magnétique en présence de douleurs musculosquelettiques chez les personnes adultes du Québec*. À la lumière des constats de ce rapport, l'INESSS et le MSSS ont convenu d'élargir la portée du volet 2 à l'ensemble de l'imagerie et d'attaquer le problème plutôt sous l'angle de la Stratégie d'optimisation de la pertinence des examens. En janvier dernier, l'INESSS a déposé une note de cadrage comportant deux livrables, soit un état des connaissances et une consultation des experts et autres parties prenantes concernant l'acceptabilité, la faisabilité et l'applicabilité des stratégies déterminées selon le niveau de consultation requis. Le MSSS est en attente des résultats de ces travaux.

RECOMMANDATION 8 Effectuer des analyses comparatives quant à l'utilisation des équipements d'imagerie médicale et à la productivité du personnel qui y est affecté afin d'apporter des correctifs, s'il y a lieu.

La stratégie d'intervention du MSSS passe désormais par le financement axé sur le patient. Les travaux sont toujours en cours à cet égard.

RECOMMANDATION 9 Déterminer, pour les établissements, des orientations quant aux critères de priorisation des demandes d'examen d'imagerie médicale de la clientèle élective.

Dans le cadre du projet de centre de répartition des demandes de services en imagerie médicale, des formulaires standardisés seront développés. Ceux-ci incluront des priorités cliniques (délais) et les établissements pourront les utiliser pour la clientèle élective.

RECOMMANDATION 10 S'assurer de l'application, par les établissements, du Code de sécurité 35 en matière de radioprotection de Santé Canada.

Outre la création du Centre d'expertise clinique en radioprotection (CECR) décrit dans le rapport, le MSSS a créé, en août 2015, le Réseau de référence en radioprotection intégré du Québec (R³IQ). Ce réseau constituera un lieu d'échanges entre les différents intervenants en matière de radioprotection au Québec pour une approche intégrée, cohérente et efficiente et permettra de répondre aux préoccupations actuelles énoncées dans le rapport du VGQ. Une première rencontre du R³IQ s'est tenue le 3 mars 2016.

RECOMMANDATION 11 Instaurer un mécanisme permettant de suivre le cumul des doses de rayonnement ionisant absorbées par le patient lors d'examens réalisés dans le RSSS.

En 2016-2017, le MSSS a travaillé à la préparation d'un atelier scientifique, technique et clinique sur le suivi dosimétrique chez le patient. Cet atelier, a eu lieu en juin 2017, a été organisé conjointement par le MSSS, le CECR et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Il constitue la première étape des actions prévues au plan d'action ministériel pour donner suite à cette recommandation.

Tome de l'automne 2015, chapitre 2 : *Rémunération des médecins: conception et suivi des ententes*

RECOMMANDATION 1 Revoir le mode de gestion des enveloppes budgétaires globales afin de mieux assumer ses responsabilités relatives à la rémunération des médecins et de permettre une gestion plus économique et transparente de celle-ci.

Les ententes avec les fédérations médicales étant échues depuis le 31 mars 2015, le gouvernement a déposé à chacune des fédérations médicales, le 7 mars 2017, une première proposition de principes en vue du renouvellement des ententes.

Cette proposition prévoit notamment :

- un plafonnement à 3 % de la croissance annuelle de l'enveloppe allouée à la rémunération des médecins (incluant un plafonnement de l'évolution de la pratique à un niveau maximal de 2 %) et un réaménagement des montants consentis dans le protocole d'accord ayant trait à l'étalement en conséquence;
- la révision des dispositions relatives à la gestion du suivi du coût de la rémunération des médecins en vue d'instaurer un meilleur partage de risque et afin de s'assurer du non-dépassement des enveloppes budgétaires globales négociées;
- la correction de la surestimation des montants à étaler dans le protocole d'accord sur l'étalement.

RECOMMANDATION 2 S'assurer de disposer des outils nécessaires à la comparaison interprovinciale de la rémunération des médecins en vue de dresser un portrait rigoureux de la situation, advenant la volonté de justifier des augmentations salariales sur de telles bases.

La proposition gouvernementale du 7 mars 2017 prévoit la réalisation d'une étude sur l'écart de rémunération existant entre les médecins du Québec et ceux de l'Ontario afin de bien décrire cette situation.

RECOMMANDATION 3 Définir des paramètres d'application des mesures incitatives qui entraîneront un changement de comportement significatif chez les médecins et inscrire ces mesures dans une stratégie globale afin de favoriser une efficacité et une efficience accrues de la prestation de services des médecins.

La 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 (projet de loi n° 20) prévoyait des mesures afin d'optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé et d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée.

L'entente de principe intervenue entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne prévoit des cibles précises, notamment afin de mesurer l'inscription de la population auprès d'un médecin de famille et le taux d'assiduité.

L'entente de principe conclue entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le MSSS prévoit des cibles précises, notamment au regard de l'accès aux consultations spécialisées, des délais associés aux consultations spécialisées en urgence, du taux de prise en charge de patients hospitalisés par les médecins spécialistes et de la priorisation des interventions chirurgicales de patients en attente depuis plus d'un an. Cette entente de principe vise à accroître et à améliorer l'accessibilité aux soins en médecine spécialisée.

Advenant le cas où les cibles prévues aux ententes d'accessibilité ne seraient pas atteintes au 31 décembre 2017, les modalités prévues dans la loi pourraient être appliquées par le ministre.

RECOMMANDATION 4 Déterminer des cibles et des indicateurs pour l'ensemble des mesures incitatives, faire un suivi rigoureux de ceux-ci et entreprendre des actions correctives lorsque les résultats ne montrent pas l'atteinte de la prestation de services attendue.

En lien avec le renouvellement des ententes, le MSSS souhaite négocier l'introduction d'indicateurs de suivi des mesures négociées, y compris les actions correctives à apporter lorsque les résultats ne montrent pas l'atteinte de la prestation de services attendue.

RECOMMANDATION 5 Tenir davantage compte, en collaboration avec la Régie de l'assurance maladie du Québec, de la complexité d'application des modalités de rémunération convenues avec les fédérations médicales, des coûts de développement des systèmes informatiques et des délais d'implantation de ces modalités dans les systèmes.

Depuis plusieurs années, le MSSS encourage la participation active d'un représentant de la RAMQ aux rencontres de négociation et aux comités de travail du MSSS. En suivi de cette recommandation, le MSSS a mis en place différents tableaux de suivis avec la RAMQ. Ceux-ci permettent à la RAMQ de fournir au MSSS, lors d'une négociation, des analyses concernant les changements administratifs et informatiques devant être effectués afin d'implanter les nouvelles modalités de rémunération en cours de discussion et, s'il y a lieu, de proposer des solutions de remplacement. Cette façon de procéder permet au MSSS de mieux saisir, en continu, les effets possibles des mesures selon les scénarios proposés.

De plus, le MSSS a collaboré avec la RAMQ aux travaux de mise en place du nouveau système de rémunération à l'acte (SYRA). Il est entré en fonction en avril 2016 et est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2017 pour tous les médecins visés par la facturation selon le mode de rémunération à l'acte.

Vérification particulière : *Contrats en technologies de l'information*

RECOMMANDATION 1 Assurer l'indépendance et l'impartialité des personnes concernées par l'élaboration des besoins, la préparation de l'appel d'offres et l'évaluation des soumissions; à cet effet, mettre en place les mécanismes nécessaires notamment pour :

- repérer les liens privilégiés avec des membres des firmes participantes et mettre en place des mesures afin d'éviter tout conflit d'intérêts apparent ou réel;
- s'assurer qu'au moins une personne qui participe à l'évaluation des besoins et à la préparation de l'appel d'offres n'est pas concernée par la détermination des besoins ni par la gestion du contrat;
- assurer une « étanchéité » entre les membres du comité de sélection et ceux qui sont directement concernés par la détermination des besoins et l'élaboration de l'appel d'offres;
- s'assurer de la véracité de l'information contenue dans les soumissions, en cas de doute.

En novembre 2016, le MSSS a revu sa *Directive ministérielle précisant la conduite attendue en matière de gestion contractuelle*. Plusieurs aspects ont été reconsidérés et précisés, notamment l'encadrement entourant la déclaration des conflits d'intérêts, le rôle du responsable de l'observation des règles contractuelles (RORC) ainsi que les éléments à prendre en compte dans la validation de la composition des membres d'un comité de sélection.

Cette directive a amené la création du formulaire *Demande d'autorisation d'un contrat* (DAC), en vigueur depuis décembre 2016, qui doit être rempli rigoureusement par toutes les directions clientes désirant conclure un contrat. Le gestionnaire responsable du dossier doit maintenant déterminer, dès le début du processus, les besoins de contracter ainsi que les intervenants impliqués, leurs rôles et leurs responsabilités.

Chacune des DAC est validée par un conseiller en gestion contractuelle du MSSS, qui inscrit ses recommandations dans la section lui étant réservée. Il accompagne par ailleurs le gestionnaire dans la précision de ses besoins et consigne les principales décisions prises tout au long du processus d'adjudication. Le conseiller en gestion contractuelle dispose de toute l'autorité nécessaire pour faire modifier le projet de contrat s'il n'est pas conforme aux règles en vigueur. La DAC a également permis de renforcer l'importance du rôle du RORC au regard de l'application des règles contractuelles. En effet, celui-ci émet une recommandation au dirigeant d'organisme afin de l'éclairer dans sa décision d'autoriser ou non l'adjudication d'un contrat, et ce, pour chaque projet de contrat élaboré par le MSSS. Lorsqu'il décèle une problématique, il rédige une note, qui demeure au dossier, afin d'en décrire la teneur.

En annexe à la DAC se trouve le formulaire *Déclaration d'intérêts adaptée au processus d'adjudication d'un contrat*, qui doit être rempli par tous les intervenants impliqués dans ce processus (responsables de la définition du besoin ou du choix des critères de l'appel d'offres, membres du comité de sélection, etc.). Cela permet au MSSS de s'assurer qu'ils n'ont aucun lien inapproprié avec une personne, une organisation ou une entreprise qui seraient susceptibles d'intervenir dans le processus d'adjudication du contrat. Également, depuis juillet 2016, les membres de l'équipe en gestion contractuelle signent le *Formulaire de déclaration d'intérêts destiné aux membres du personnel travaillant à l'adjudication d'un contrat* afin de confirmer annuellement, au minimum, leur impartialité ainsi que leur indépendance quant à la rédaction des appels d'offres. En présence d'un conflit d'intérêts, l'information est communiquée à la répondante ministérielle en éthique.

La composition des membres des comités de sélection est validée à l'aide d'un formulaire prévu à cet effet, qui a été bonifié en avril 2016 afin d'en resserrer les critères. Ainsi, depuis ce temps, la conformité du choix des membres est systématiquement validée par le conseiller en gestion contractuelle et entérinée par le sous-ministre ou son représentant désigné. Il s'agit d'abord d'établir formellement qui sont les membres, après la proposition du cabinet de la Direction générale des technologies de l'information (DGTI). Il faut ensuite s'assurer qu'ils n'ont eu aucune implication aux étapes précédentes du processus (établissement des besoins et rédaction d'appels d'offres) et qu'il y a absence de liens de subordination entre les membres internes. Aucun représentant de l'unité administrative cliente ne doit être proposé et, dans le cas où la présence de l'un d'entre eux est incontournable, le MSSS exige d'ajouter deux membres supplémentaires au comité. Le MSSS s'assure enfin qu'il y a une rotation des membres des comités de sélection.

Avant la tenue du comité de sélection, les membres signent un « engagement solennel » dans le but d'attester leur impartialité envers le processus d'évaluation des soumissions. Le MSSS a parallèlement amélioré l'encadrement de la prise de notes réalisée lors des comités de sélection; les membres utilisent maintenant un outil de collecte d'informations étoffé, revu et ajusté par le MSSS, afin d'assurer une meilleure conservation des renseignements ainsi qu'un niveau de détail plus élevé. Enfin, en ce qui concerne la véracité de l'information contenue dans les documents d'appel d'offres publics, il est de pratique courante au MSSS de demander la signature des curriculum vitae déposés par les soumissionnaires.

RECOMMANDATION 2 Limiter l'utilisation des contrats à taux journalier à des situations qui le justifient et exiger une documentation suffisante, le cas échéant.

La DAC inclut une section dans laquelle la direction cliente doit spécifier le mode de rémunération choisi dans le but d'encourager l'utilisation de contrats à forfait au MSSS. Or, si le mode de rémunération privilégié est à taux (horaire ou journalier) ou à prix unitaire, la direction cliente doit démontrer qu'il s'avérerait impossible ou non avantageux d'utiliser le mode forfaitaire. La proportion des dossiers privilégiant le mode forfaitaire est par ailleurs suivie par le MSSS afin d'en suivre l'évolution.

À partir de l'été 2016, les gestionnaires de la DGTI ont été sensibilisés au fait de privilégier le mode de paiement forfaitaire lors de l'octroi de tout nouveau contrat. De plus, une rencontre a également eu lieu en septembre 2016 avec les intervenants de la DGTI impliqués dans la gestion des contrats afin de leur présenter le plan d'action ministériel découlant des recommandations du VGQ.

RECOMMANDATION 3 Respecter l'ensemble des clauses du contrat lors de la réalisation des travaux, notamment à l'égard des ressources prévues, de leur utilisation et des travaux visés.

Le MSSS a ajusté sa *Directive ministérielle précisant la conduite attendue en matière de gestion contractuelle* afin d'explicitier l'imputabilité des gestionnaires. Une section de la DAC a été créée en conséquence, requérant l'assentiment des « gestionnaires imputables du processus contractuel » quant à leur responsabilité à l'égard du respect du mandat, du suivi des livrables et de la facturation, de l'application des clauses de pénalités prévues, etc.

Depuis juillet 2016, la DGTI a mis en place un registre basé sur différents critères de gestion afin de suivre l'utilisation des ressources contractuelles en lien avec les travaux visés à leurs contrats. Chaque trimestre, les informations du registre sont mises à jour à la suite de l'analyse du fichier. Une procédure prévoit que les situations qui font l'objet d'une non-conformité doivent être transmises au supérieur hiérarchique et, en cas de récidive, au cabinet du sous-ministre adjoint ou associé.

Par ailleurs, depuis mars 2016, un suivi étroit des contrats à exécution sur demande est effectué. Les gestionnaires responsables de contrats doivent s'assurer de respecter une variation maximale de 15 % quant à l'utilisation des profils des ressources présentées à l'appel d'offres et à leur consommation réelle.

RECOMMANDATION 4 Prévoir des clauses de pénalité concernant la présence des ressources désignées dans la soumission et appliquer la pénalité prévue, le cas échéant.

Des clauses de pénalités ont été incluses à plusieurs documents d'appel d'offres au cours de l'année 2016-2017. Lorsque le prestataire de services était pris en défaut, les pénalités étaient appliquées. Le MSSS travaille présentement à ce qu'elles soient incluses de façon systématique aux documents d'appel d'offres, en cohérence avec ce qui a été précisé dans le nouvel outil pour la rédaction d'appel d'offres.

RECOMMANDATION 5 Encadrer l'utilisation des ressources externes pour la réalisation des activités courantes et éviter, dans la mesure du possible, le recours à ces ressources pour les activités stratégiques.

La DAC comporte une section qui nécessite la justification d'un recours à un contrat de service. Ainsi, le gestionnaire imputable du dossier doit notamment s'assurer que le contrat n'est pas assimilable à un contrat de travail et qu'il n'aurait pas pu être confié à un employé de la fonction publique.

Depuis novembre 2016, les ressources externes sont clairement identifiées au sein de l'organisation au moyen de la mention contractuel sur les porte-noms ainsi que par l'utilisation d'une carte d'accès spécialement identifiée. De plus, leurs adresses de courrier électronique ainsi que leurs signatures ont été modifiées afin de faciliter l'identification des contractuels réalisant des mandats au MSSS. Une note a été envoyée à tous les dirigeants par le RORC afin de les informer de ces nouvelles mesures d'identification et la *Directive ministérielle précisant la conduite attendue en matière de gestion contractuelle* a été modifiée de façon à rappeler cette consigne à l'égard des contractuels.

Également, le MSSS tient, depuis quelques années, un registre des ressources externes qui réalisent des mandats en technologies de l'information.

Par ailleurs, dans sa stratégie gouvernementale des technologies de l'information, le gouvernement prévoit l'ajout d'effectifs afin de rehausser son expertise interne. En mars 2017, le MSSS a appris que 39 postes supplémentaires lui étaient octroyés. Leur dotation sera réalisée en 2017-2018.

RECOMMANDATION 6 Sensibiliser et responsabiliser les acteurs qui participent à l'une ou l'autre des étapes de l'attribution des contrats en technologies de l'information sur :

- leur rôle à l'égard du respect des principes de la Loi sur les contrats des organismes publics;
- les comportements à adopter afin d'assurer que les risques liés à l'influence, à la fraude, à la collusion et à la corruption sont pris en compte aux différentes étapes du processus.

En septembre 2016, tous les intervenants en gestion contractuelle impliqués dans le processus d'adjudication des contrats en technologies de l'information ont été conviés à une rencontre de sensibilisation relative aux activités découlant du plan d'action ministériel élaboré à la suite du rapport du VGQ en technologies de l'information. Par la suite, une formation portant sur la Loi sur les contrats des organismes publics leur a été donnée par le biais du Secrétariat du Conseil du trésor en décembre 2016. Au début de l'année 2017, les mêmes intervenants ont été conviés à une rencontre afin de leur présenter les résultats du suivi annuel déposé au VGQ et de les sensibiliser aux travaux à venir.

Afin de prévenir les risques associés à l'influence ou à d'autres comportements préjudiciables lors de l'adjudication d'un contrat, les gestionnaires du MSSS et les conseillers en gestion contractuelle doivent présenter au RORC toute situation qui révélerait que le processus contractuel limitait l'accès à la concurrence, qu'il y avait apparence d'influence ou de collusion, ou que le processus était non conforme à la Loi. Également, le questionnaire de non-participation à l'appel d'offres se retrouve dans les documents d'appel d'offres du MSSS et doit être rempli par toutes les firmes n'ayant pas soumissionné. Le conseiller en gestion contractuelle procède à leur analyse et remet au RORC tout questionnaire susceptible d'influencer la poursuite du processus afin qu'il en prenne connaissance et qu'il intervienne quant à la poursuite ou non du processus. Cette pratique est en vigueur depuis mars 2016.

Depuis la mi-novembre 2016, dès la conclusion d'un contrat, un courriel d'imputabilité est systématiquement envoyé au gestionnaire responsable afin qu'il veille au suivi rigoureux du contrat durant la période contractuelle, et ce, dans le but de prévenir les actes frauduleux.

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

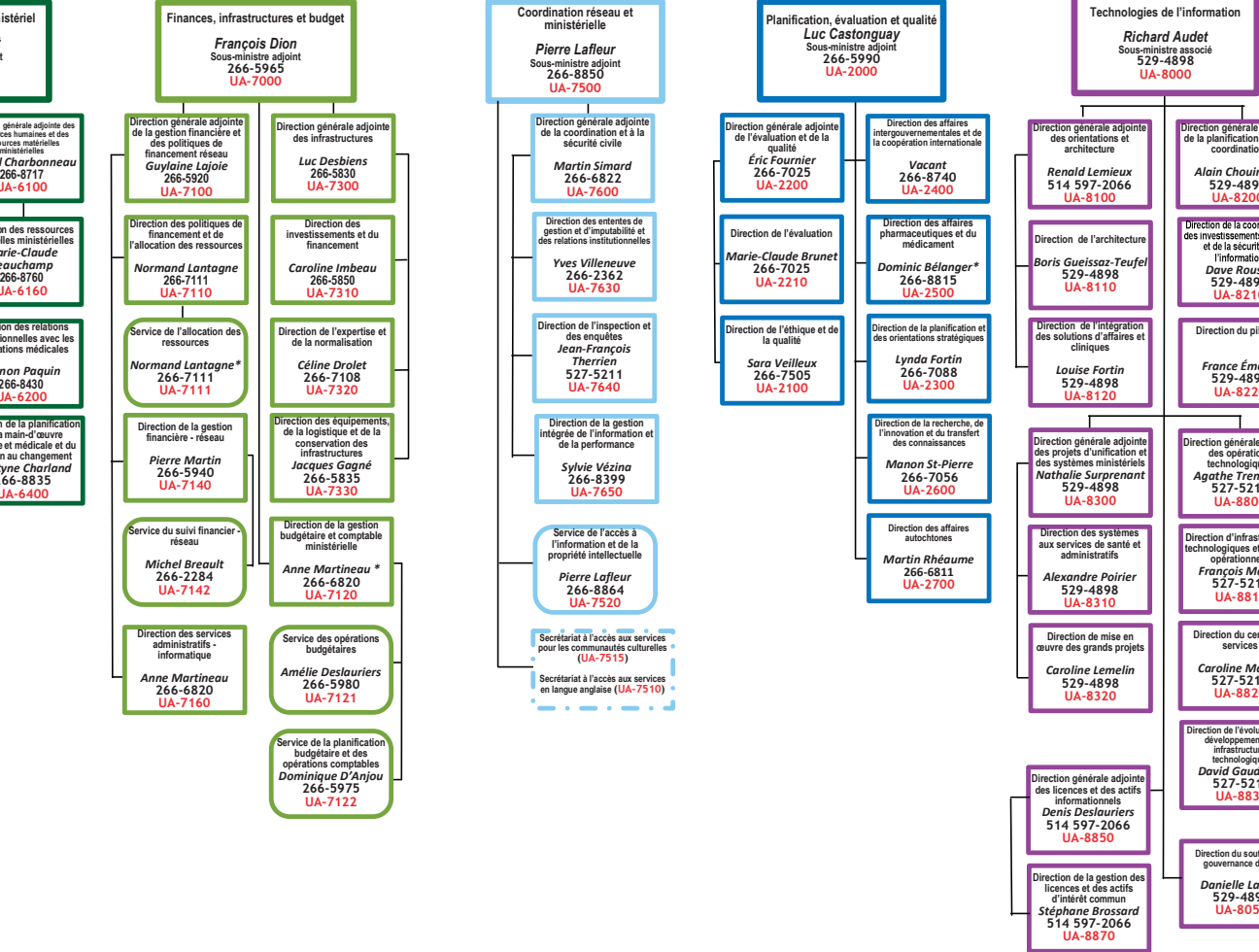


DES SERVICES
ette

Cabinet du ministre
Daniel Desharnais
266-7171
UA-1100



RE
aine



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 les activités funéraires (2016, chapitre 1) – Non en vigueur
- Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28)
- Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29)
- Loi sur l'assurance médicaments (RLRQ, chapitre A-29.01)
- Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (RLRQ, chapitre A-33.1)
- Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (RLRQ, chapitre C-5.2)
- Loi sur les cimetières non catholiques (RLRQ, chapitre C-17)
- Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (RLRQ, chapitre C-32.1.1)
- Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001)
- Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (RLRQ, chapitre E-20.1)
- Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (RLRQ, chapitre F-4.0021)
- Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance (RLRQ, chapitre H-1.1)
- Loi sur les inhumations et les exhumations (RLRQ, chapitre I-11)
- Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (RLRQ, chapitre I-13.03)
- Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (RLRQ, chapitre I-13.1.1)
- Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (RLRQ, chapitre L-0.2)
- Loi 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 nationale¹ ont soit été fournis directement par le MSSS, 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	Résultats 2016-2017
1. 16 % de fumeurs actuels chez les 12 ans ou plus	20,9 %	18,6 %
50 % de la population de 12 ans ou plus consommant 5 fois ou plus de fruits et légumes par jour	47 %	39 %
51 % de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports	47 %	Atteint 54%
2. 80 % des malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé ayant été vaccinés contre la grippe	54 %	33 %
3. 15 % d'augmentation du nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (par rapport au 31 mars 2015)	Atteint 16 % d'augmentation	Atteint 32 % d'augmentation

¹ 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	Résultats 2016-2017
4. 85 % de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	71 %	75 %
300 GMF	263	Atteint 302
50 GMF-R (super-cliniques)	0	0
75 % des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	62 %	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 %	61 %
85 % de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	59 %	60 %
Durée moyenne de séjour de 12 heures pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,7 heures	15,6 heures
6. 100 % des demandes en imagerie médicale en attente depuis moins de 3 mois	60 %	62 %
0 demande de chirurgies en attente depuis plus de 1 an	6 309	3 112
7. 40 % des personnes de 50 à 74 ans ayant été dépistées pour le cancer colorectal au cours des 2 dernières années	Non disponible	33 %
90 % de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	61 %	63 %
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 décès par rapport à 2010)	28,9 par 100 000 habitants (diminution de 0,4 décès par rapport à 2010)
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 %	94 %
• <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	93 %	91 %
• Voies d'accès vasculaires en hémodialyse	94 %	Atteint 98 %
Conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains de 80 % dans les établissements	Non disponible	56 %

Suite du tableau ➔

Résultats visés	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017
9. 12 plans d'action produits dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services d'ici 2017	4	5
10. 15 % d'augmentation du nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (par rapport au 31 mars 2015)	Diminution de 0,9 % (129 554 personnes)	Augmentation de 1,8 % (132 992 personnes)
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 %	76 %
11. 80 % des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	43 %	72 %
70 % des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	31 %	56 %
12. 15 % d'augmentation du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile (par rapport au 31 mars 2015)	Diminution de 1,3 % (21 449 usagers)	Augmentation de 4,9 % (22 796 usagers)
18,5 % de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	Non disponible	16,5 %
1 lit par tranche de 10 000 de population réservé en soins palliatifs et de fin de vie (862 lits)	804	Atteint 867
13. 90 jours de délai moyen pour accéder à un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	Non disponible	231 jours
90 % des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA, venant de terminer leur scolarité aient accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	Non disponible	61 %
14. 4 600 places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	3 962	4 060
12 000 places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	8 297	8 637
15. 90 % de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance implanté	75 %	82 %
100 % des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance	Non disponible	Non disponible
16. 10 jeunes sur 1 000 pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,34	10,46

ORIENTATION 3:

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

Résultats visés	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017
17. 80 % de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail	Non disponible	78 %
Taux de mutation de 6 %	4,74 %	9,31 %
Maintien annuel de la certification Entreprise en santé – Élite	Atteint Certification maintenue	Atteint Certification maintenue
18. Taux d'heures supplémentaires de 3 (diminution de 5,6 % par rapport au 31 mars 2015)	3,05 (diminution de 4,1 %)	3,42 (hausse de 7,5 %)
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante de 2,25 (diminution de 5,5 % par rapport au 31 mars 2015)	Atteint 1,83 (diminution de 23,1 %)	Atteint 1,92 (diminution de 19,3 %)
Ratio d'heures en assurance salaire de 5,90 (diminution de 0,5 % par rapport au 31 mars 2015)	6,29 (hausse de 6,1 %)	6,94 (hausse de 17 %)
19. Mise en œuvre de la réforme sur l'organisation et la gouvernance d'ici 2016	Atteint	Atteint
Réduction de 1 300 cadres en équivalent temps complet d'ici 2017-2018 (par rapport au 31 mars 2014)	Atteint Réduction de 1 434	Atteint Réduction de 2 049
20. 100 % des établissements ayant déployé leur salle de pilotage stratégique d'ici 2018	Non disponible	87 %
21. 80 % des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvert par le financement axé sur le patient	8,7 %	9,4 %
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	Atteint 5 362 médecins 1 094 infirmières
100 % des installations des établissements publics qui ont une mission de centre hospitalier et qui peuvent consulter au moins un des domaines de renseignements du Dossier Santé Québec	Atteint 100 %	Atteint 100 %
100 % des établissements publics ayant mis en place le DCI Cristal-Net	Non disponible	6 %



msss.gouv.qc.ca