

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

du ministère de la Santé
et des Services sociaux

2017-2018

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

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

du ministère de la Santé
et des Services sociaux

2017-2018

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 **Publications**.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN : 978-2-550-82495-4 (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 François Paradis
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le président,

Nous vous transmettons le Rapport annuel de gestion 2017-2018 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ont travaillé, au cours de l'année 2017-2018, afin d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services de santé et des services sociaux.

Le Rapport annuel de gestion 2017-2018 traduit les résultats obtenus au regard de la mise en œuvre du Plan stratégique 2015-2020, du Plan d'action de développement durable 2016-2020 et de la Déclaration de services aux citoyens.

Le RSSS peut désormais compter sur quelque 325 groupes de médecine de famille et 44 super-cliniques, qui contribuent à répondre aux besoins de la population au regard des services de proximité. De plus, l'implantation de nouvelles équipes offrant des services de suivi intensif dans le milieu et de soutien d'intensité variable a permis de fournir plus de services aux personnes atteintes de troubles mentaux graves. Aussi, le lancement du premier programme public de psychothérapie pour les troubles mentaux permettra de rehausser l'accès à des services en santé mentale dans le réseau public. Parmi les autres réalisations du RSSS et du MSSS, notons le déploiement des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées afin de mieux répondre aux besoins de la population vieillissante.

Par ailleurs, la recherche d'amélioration de la performance organisationnelle aura conduit à l'implantation d'une salle de pilotage stratégique dans chaque établissement. Celle-ci favorise une plus grande cohérence entre les actions ministérielles et celles des gestionnaires du réseau.

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 et sa précieuse collaboration.

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

original signé

Danielle McCann
Ministre de la Santé et des Services sociaux

original signé

Lionel Carmant
Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux

MESSAGE DU SOUS-MINISTRE

Madame Danielle McCann
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Lionel Carmant
Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux

Madame la Ministre,
Monsieur le Ministre délégué,

Nous vous transmettons le Rapport annuel de gestion 2017-2018 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'exercice qui a pris fin le 31 mars 2018.

Vous y trouverez les résultats obtenus par le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) 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 pour que les ressources allouées soient utilisées de façon optimale.

Le présent document contient une déclaration de la direction du MSSS relativement à la fiabilité des informations qui y sont présentées. La validation des résultats de la partie 2 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 RSSS, et nous saluons son dévouement indéfectible pour le bien-être et la santé de l'ensemble des Québécoises et Québécois.

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

original signé

Yvan Gendron
Sous-ministre

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	IX
LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	XI
LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA DIRECTION DE L'AUDIT INTERNE.....	XIII
LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2017-2018.....	1
PARTIE 1 LE MSSS ET LE RSSS.....	5
PARTIE 2 LES RÉSULTATS.....	9
2.1 Le Plan stratégique 2015-2020	9
2.2 Le Plan d'action de développement durable 2016-2020.....	40
2.3 La Déclaration de services aux citoyens	56
PARTIE 3 L'UTILISATION DES RESSOURCES.....	61
3.1 Les ressources humaines.....	61
3.2 Les ressources budgétaires et financières du MSSS	69
3.3 Les ressources informationnelles.....	75
PARTIE 4 L'APPLICATION D'EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES	79
4.1 L'égalité entre les femmes et les hommes	79
4.2 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels	80
4.3 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration	81
4.4 Le suivi de la mise en œuvre des standards sur l'accessibilité du Web	82
4.5 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé	84
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.....	86
4.7 Les allègements administratifs et législatifs	90
4.8 La divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics.....	90
ANNEXE I LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DU MSSS AU 31 MARS 2018	92
ANNEXE II LOIS DONT LA RESPONSABILITÉ DE L'APPLICATION RELÈVE, PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT, DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	94
ANNEXE III BILAN DES RÉALISATIONS PAR RAPPORT AU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020	96

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CH	Centre hospitalier	ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	LQ	Lois du Québec (Recueil annuel)
CLSC	Centre local de services communautaires	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
DCI	Dossier clinique informatisé	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
DSQ	Dossier santé Québec	RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
ETC	Équivalent temps complet	RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
GMF	Groupe de médecine de famille	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
GMF-R	Groupe de médecine de famille-réseau	TSA	Trouble du spectre de l'autisme

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 2017-2018 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 2018.

Les membres du comité de direction, en poste le 12 septembre 2018,

original signé

Michel Fontaine
Sous-ministre

original signé

Antoine Groulx
Sous-ministre adjoint
Services de proximité,
urgence, préhospitalier

original signé

Luc Castonguay
Sous-ministre adjoint
Planification, évaluation, qualité

original signé

Michel Fontaine
Sous-ministre
Personnel réseau et ministériel,
par intérim

original signé

Pierre Lafleur
Sous-ministre adjoint
Coordination réseau et ministérielle

original signé

Luc Desbiens
Sous-ministre adjoint
Infrastructures,
logistique, équipements,
approvisionnement

original signé

Lucie Opatrny
Sous-ministre adjointe
Services hospitaliers, médecine
spécialisée et universitaire

original signé

André Delorme
Directeur général
Services de santé mentale et de
psychiatrique légale

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
Financement, allocation des
ressources, budget

original signé

Jean Latreille
Directeur général
Cancérologie

original signé

Richard Audet
Sous-ministre associé
Technologies de l'information

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 2018. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du MSSS.

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 2018

LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2017-2018

1. Lancement du premier Programme public de psychothérapie pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie

Le premier Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie a été lancé le 3 décembre 2017. Il est assorti d'une somme de 35 millions de dollars.

À terme, ce programme, inspiré du modèle implanté en Angleterre, devrait faciliter l'accès, dans le réseau public, à des services en santé mentale plus axés sur les interventions scientifiquement éprouvées et qui seront offerts par étapes graduées selon l'intensité pour répondre aux besoins des personnes souffrantes. Ces interventions vont des plus générales, telles que des modules d'autosoins ou des programmes structurés d'activité physique, aux spécialisées, comme la psychothérapie individuelle intensive, en passant par des interventions de groupe.

2. Dévoilement du plan d'action interministériel découlant de la Politique gouvernementale de prévention en santé

Le Plan d'action interministériel 2017-2021 (PAI) lié à la Politique gouvernementale de prévention en santé comprend un ensemble de mesures, de chantiers et d'actions pour une intervention concertée selon quatre grandes orientations : 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; le renforcement des actions de prévention dans le système de santé et de services sociaux. Le PAI a été élaboré en collaboration avec quinze ministères et organismes.

Le Gouvernement du Québec a investi 80 millions de dollars sur quatre ans pour assurer la mise en œuvre de ce plan d'action, dont le double objectif est d'améliorer la santé et la qualité de vie de la population ainsi que de réduire les inégalités sociales de santé.

3. Mesures d'économies grâce à l'entente de principe sur les médicaments génériques et à la Loi encadrant l'approvisionnement en médicaments génériques

Le 14 juillet 2017, une entente de principe est intervenue entre le MSSS et l'Association canadienne du médicament générique, prévoyant des mesures d'économies, au chapitre des produits génériques, à hauteur de 305 millions de dollars par année pendant cinq ans. Elle a conduit, au cours des mois suivants, à la conclusion d'ententes d'inscription avec plus de 65 fabricants commercialisant des produits génériques. Les économies pour le gouvernement et pour l'ensemble de la population sont attribuables aux baisses de prix publiques effectives depuis le 3 avril 2018, ainsi qu'au versement de rabais confidentiels par les fabricants de médicaments au Fonds de l'assurance médicaments.

Également, dans le but de stimuler une plus grande concurrence sur le marché du médicament générique, l'Assemblée nationale du Québec a adopté, le 23 novembre 2017, la Loi encadrant l'approvisionnement en médicaments génériques par les pharmaciens propriétaires et modifiant diverses dispositions législatives (LQ 2017, chapitre 26). Principalement, cette loi limite à 50 % le montant total annuel d'achats de produits génériques par un pharmacien propriétaire auprès d'un même fabricant.

4. Programme universel d'accès gratuit à la naloxone et à la pilule abortive

En novembre 2017, le programme d'accès universel et gratuit à la naloxone a été instauré par la Régie de l'assurance maladie du Québec avec l'objectif de réduire le nombre de décès liés aux surdoses d'opioïdes. Toute personne utilisatrice d'opioïdes et ses proches peuvent se procurer sans frais de la naloxone, et ce, dans l'ensemble du réseau des 1 903 pharmacies communautaires du Québec.

En décembre 2017, le programme d'accès universel et gratuit à la pilule abortive (Mifegymiso^{MC}) a été mis en place afin de donner aux Québécoises une option additionnelle en matière d'interruption volontaire de grossesse. Depuis cette date, toutes les Québécoises de 14 ans et plus peuvent soit se procurer sans frais la pilule abortive dans l'ensemble des pharmacies communautaires du Québec, soit y avoir directement accès dans plusieurs cliniques ou établissements de santé et de services sociaux offrant des services d'avortement.

5. Mise en œuvre d'une meilleure gouvernance administrative et clinique au sein du réseau

Par l'adoption de la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (LQ 2017, chapitre 21), le MSSS vise à assurer une bonne gouvernance administrative et clinique au sein du RSSS.

Cette loi révisé notamment certaines règles d'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux. Des obligations sont désormais rattachées aux privilèges de la pratique des médecins dans un établissement afin de favoriser l'adéquation entre les besoins de la population et l'ensemble des services médicaux offerts. D'autres modifications visent à assurer la couverture en services médicaux de toutes les régions du Québec, à améliorer l'accès à la chirurgie ou, encore, à faciliter la prise de rendez-vous pour divers services de santé et services sociaux.

Une personne membre du personnel d'un établissement pourra maintenant agir sous l'autorité du commissaire local ou du commissaire local adjoint aux plaintes et à la qualité des services et elle bénéficiera alors des mêmes protections que ces commissaires. Cela permettra, dans le processus de traitement des plaintes, d'assurer la protection des renseignements personnels des plaignants.

De plus, elle rend obligatoire, pour certains établissements, l'adoption d'un protocole concernant les mises sous garde dans leurs installations et d'en évaluer l'application.

Il est également prévu que le ministre puisse prendre des mesures pour favoriser le partage et la mise en commun des ressources informationnelles, ce qui permettra une meilleure gestion des ressources utilisées dans le RSSS et favorisera l'uniformité des standards ainsi que la similarité des actifs informationnels. Enfin, des modifications législatives introduites par cette loi redéfinissent la gouvernance des groupes d'approvisionnement en commun afin d'en assurer la saine gestion.

6. Élargissement de l'exercice de la pratique des infirmières praticiennes spécialisées

Le 8 mars 2018 est entrée en vigueur la réglementation sur les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), laquelle permet aux IPS en soins de première ligne d'amorcer le traitement des problèmes de santé chroniques suivants : le diabète, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'asthme, les maladies obstructives pulmonaires chroniques et l'hypothyroïdie.

Plusieurs mesures ont été déployées, dont l'ajout de « coordonnateurs IPS » sous la gouverne de la Direction nationale des soins infirmiers, afin d'assurer une pratique optimale et conforme avec une pratique avancée en soins infirmiers. De plus, le programme d'intéressement IPS a été mis à jour (Cadre de soutien financier pour le programme IPS) afin de rendre la formation plus accessible aux personnes qui doivent parcourir de grandes distances pour aller à l'université. En 2017-2018, 79 nouvelles IPS ont été ajoutées, pour un total de 489.

7. Lancement du Plan d'action pour la santé et le bien-être des hommes 2017-2022

Le Plan d'action ministériel pour la santé et le bien-être des hommes 2017-2022, rendu public en août 2017, repose sur trois orientations qui visent globalement :

1. à mieux rejoindre la population masculine par des stratégies de promotion et de prévention;
2. à adapter les services pour en améliorer l'accès et répondre aux besoins des hommes;
3. à améliorer la compréhension des dynamiques masculines et les pratiques pour répondre aux besoins des hommes.

Le plan reconnaît qu'une meilleure intervention auprès des hommes aura une incidence non seulement sur leur santé, mais aussi sur celle de leurs proches, notamment des femmes et des enfants.

8. L'amélioration des conditions de vie et de la sécurité des aînés

Plusieurs mesures ont été réalisées afin d'améliorer les conditions de vie des aînés. Le MSSS a annoncé qu'il accordait 36 millions de dollars supplémentaires aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), somme qui pourra être affectée au recrutement de préposés aux bénéficiaires afin que les résidents puissent prendre un deuxième bain ou une deuxième douche hebdomadaire, selon des modalités qui répondent à leurs besoins.

Le MSSS, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal ainsi que l'Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec ont conclu une entente portant sur la mise au point de recettes dont l'objet est de mieux répondre aux besoins alimentaires des personnes issues de communautés ethnoculturelles qui résident dans les CHSLD.

Par ailleurs, la somme affectée au programme d'aide financière pour l'installation de gicleurs dans les résidences privées pour aînés a été bonifiée de 67,43 millions de dollars.

9. L'amélioration des soins et des services relatifs au soutien à domicile

À l'issue du Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile, tenu en mai 2017, les présidents-directeurs généraux des établissements du RSSS ont pris des engagements relativement au renforcement des équipes de soutien à domicile, à une meilleure connaissance de la population de leur territoire et à l'accompagnement personnalisé des personnes ayant besoin de services de soins à domicile ainsi que de leurs proches aidants, entre autres.

Pendant cet événement, l'octroi d'un montant supplémentaire récurrent de 69 millions de dollars a été annoncé. Cet argent servira à améliorer les services de soutien à domicile, notamment par l'embauche de personnel et l'achat d'équipements.

De plus, un investissement de 8 millions, annoncé en février 2018, a servi à doter les intervenants d'appareils informatiques permettant l'échange et le partage des renseignements cliniques et administratifs en temps réel à partir du domicile de l'utilisateur.

10. Modifications législatives pour améliorer la protection des enfants

La Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions (LQ 2017, chapitre 18) a été sanctionnée le 5 octobre 2017. Elle vise notamment à améliorer la protection des enfants, à préserver l'identité culturelle des enfants autochtones et à favoriser la participation de leurs communautés ainsi qu'à mieux répondre aux besoins des enfants hébergés dans les centres de réadaptation.

11. La sanction de la Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et de communication de renseignements

La Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et de communication de renseignements (LQ 2017, chapitre 12) a été adoptée le 16 juin 2017. Elle comprend plusieurs mesures qui portent notamment sur la confidentialité des renseignements, l'adoption par la reconnaissance d'un lien préexistant de filiation, les communications entre l'adoptant et des membres de la famille d'origine de l'enfant adopté, la reconnaissance des effets de la tutelle et de l'adoption coutumière autochtone ainsi que l'harmonisation des règles qui concernent l'adoption d'enfants hors Québec.

12. Publication de plusieurs orientations structurantes pour les jeunes et les familles

Les Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022, publiées en septembre 2017, visent tant à assurer la disponibilité et l'accessibilité des services en temps opportun que la qualité de ces services afin d'offrir une réponse globale et adaptée aux besoins des jeunes en difficulté et de leurs familles.

Quant au plan d'action intitulé « Les fugues en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation : prévenir et mieux intervenir », il vise notamment à mieux faire comprendre le sens de la fugue, à améliorer la qualité des services et l'accompagnement des jeunes ainsi qu'à soutenir les intervenants. Il est appuyé par un financement annuel récurrent de 11 millions de dollars.

Enfin, le Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, publié en juillet 2017, soutient un modèle d'organisation qui vise à assurer des services accessibles, de qualité et continus. Ce modèle confirme le renforcement des services de proximité par l'intégration des soins et des services. Les usagers bénéficieront ainsi d'une expérience de soins et de services plus fluide et la plus positive possible.

13. La signature de la première entente en vertu de l'article 37.5 de la Loi sur la protection de la jeunesse, entre le Conseil de la Nation Atikamekw et le gouvernement du Québec

En janvier 2018, les communautés de Wemotaci et de Manawan, regroupées sous le Conseil de la Nation Atikamekw, ont conclu une entente avec le gouvernement du Québec selon laquelle ces communautés deviennent responsables de leur régime particulier de protection de la jeunesse.

Ainsi, des personnes ou des instances autochtones pourront, de pleine autorité et en toute indépendance, exercer en tout ou en partie les responsabilités du directeur de la protection de la jeunesse et du directeur provincial. Prenant en considération les valeurs, la culture et le mode de vie des différentes communautés autochtones, l'entente prévoit des modalités d'exercice de ces responsabilités différentes de celles qui sont prescrites par la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1).

PARTIE 1

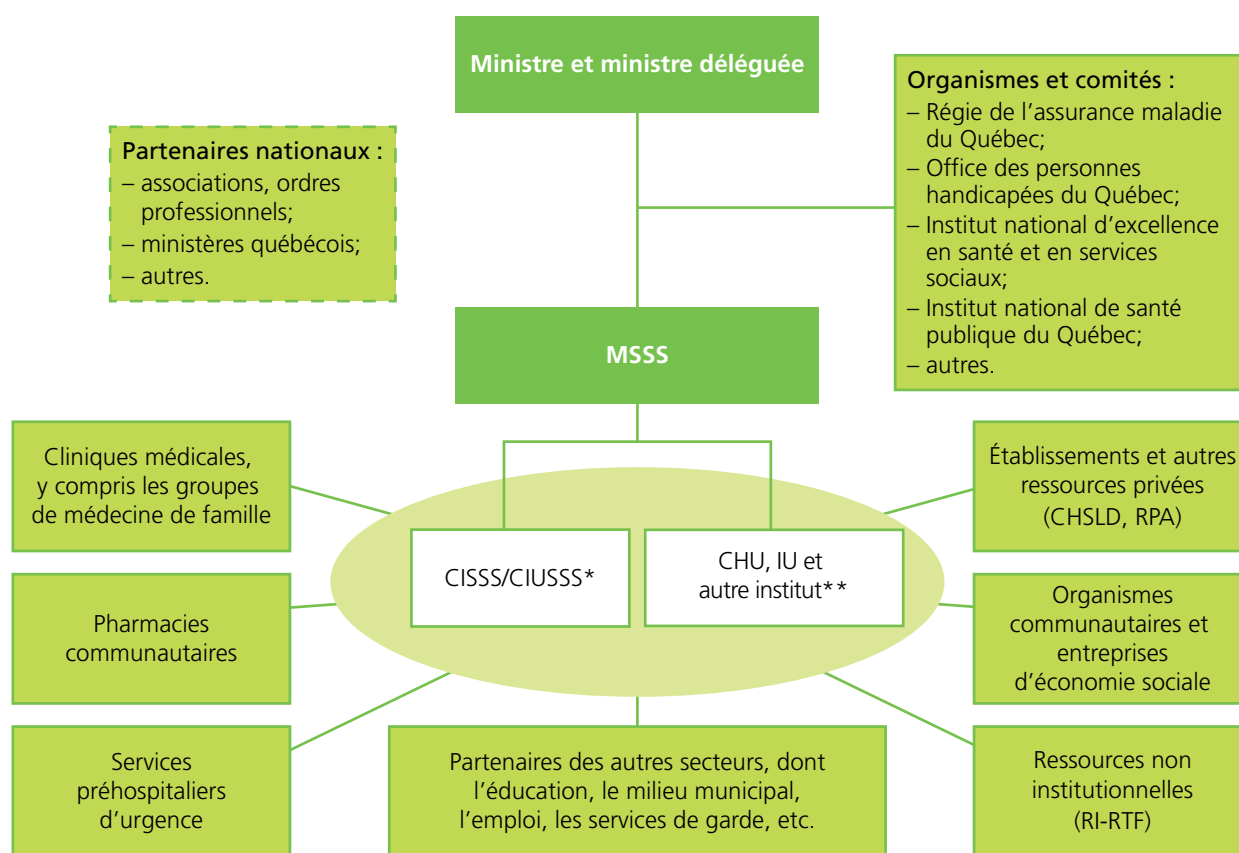
LE MSSS ET LE RSSS

La présente partie porte sur la structure du MSSS et du RSSS, 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



Abréviations : CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée; CHU : centre hospitalier universitaire; CISSS : centre intégré de santé et de services sociaux; CIUSSS : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux; IU : institut universitaire; RI-RTF : ressource intermédiaire et ressource de type familial; RPA : résidence privée pour aînés.

* 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.

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

Le MSSS

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 l'utilisation de celles-ci. De plus, il évalue 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 au 31 mars 2018

Le MSSS est dirigé par un sous-ministre; il se compose de trois directions supérieures et de onze directions générales¹, qui reflètent ses principaux domaines d'activité. L'organigramme du MSSS figure à l'annexe I et sa version électronique est disponible 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 disponible 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 RSSS

La main-d'œuvre du MSSS ainsi que du RSSS représente environ 6,7 % de la population active du Québec. Au 31 mars 2017, on comptait :

- 998 cadres, professionnels et fonctionnaires au MSSS et au Commissaire à la santé et au bien-être, et 1 671 cadres, professionnels et fonctionnaires à la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- 267 971 cadres ou salariés dans les établissements publics ou privés conventionnés :
 - 194 305 personnes affectées aux programmes-services, ce qui inclut notamment 114 449 infirmières, infirmières auxiliaires ou préposés aux bénéficiaires et 59 607 techniciens ou professionnels de la santé et des services sociaux,
 - 73 666 personnes affectées aux programmes-soutien ou membres du personnel d'encadrement.

De plus, en 2016-2017, 31 412 professionnels ont reçu une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec, dont 9 112 médecins omnipraticiens et 10 313 médecins spécialistes.

Le RSSS

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). 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

1. La Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement (DGILEA) a été créé en août 2018, ce qui porte le nombre total de directions générales à 12.

vulnérables. En outre, le RSSS compte trois autorités régionales², soit le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Les établissements

Les établissements offrent des services généraux et spécialisés à la population selon les cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces missions sont celles d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre de réadaptation ainsi que d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse. Selon la nature des établissements, les services offerts sont accessibles au niveau local, régional ou national.

Au 31 mars 2018, le RSSS comptait 141 établissements : 51 étaient publics et 90, privés (dont 39 privés conventionnés). Ces établissements gèrent 1 650 installations, soit des lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 51 établissements publics du RSSS sont administrés par 34 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.

Parmi les 51 établissements publics, on y retrouve 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 se répartissent ainsi :

- 4 centres hospitaliers universitaires (CHU), 2 instituts universitaires 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 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), 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.

2. 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 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 1 413 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes;
- de 325 groupes de médecine de famille (GMF);
- de 1 903 pharmacies communautaires;
- de services préhospitaliers d'urgence totalisant 701 ambulances et 63 véhicules d'appoint;
- de 3 591 organismes communautaires et de 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique;
- de 1 899 ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupe, etc.) et de 7 589 ressources de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) rattachées aux établissements publics;
- de 1 818 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 RSSS, 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 le RSSS entretiennent des relations directes avec des acteurs agissant, au niveau local, régional ou national, dans différents secteurs d'activité tels que l'éducation, l'habitation, le revenu, l'environnement et le transport.

PARTIE 2

LES RÉSULTATS

La deuxième partie traite des résultats obtenus en 2017-2018 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 RSSS. Pour prendre connaissance des résultats propres à un établissement, il faut consulter son rapport annuel de gestion.

L'appréciation des résultats 2017-2018 par rapport à la planification annuelle est disponible cette année, grâce à l'introduction de cibles 2017-2018. Celles-ci ont été obtenues en cumulant les engagements annuels des établissements convenus et inscrits à l'intérieur des ententes de gestion et d'imputabilité (EGI)⁴. Certaines cibles 2017-2018 ne sont pas disponibles, car elles ne sont pas soumises au processus des EGI ou parce que leur atteinte repose principalement sur les actions du MSSS.

L'annexe III présente, sous forme de tableau, le bilan de l'évolution des résultats, depuis 2015-2016, par rapport aux objectifs fixés dans le Plan stratégique 2015-2020.

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.

4 L'EGI est un contrat qui résulte d'échanges entre le MSSS et les établissements et qui a pour objet l'offre de services déployée sur le territoire pour répondre aux besoins de la santé et du bien-être de sa population, considérant les ressources mises à sa disposition. Toutes les EGI sont disponibles sur le site Internet du MSSS : <http://www.msss.gouv.qc.ca/>.

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 d'éviter les maladies chroniques et les cancers

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Proportion de fumeurs actuels de 12 ans ou plus	18,6 % ¹	18,1 % ²	Ne s'applique pas	16 %

1. Ce résultat couvre l'année civile 2015 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 2016 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 d'en faire diminuer les conséquences néfastes pour les individus. Les produits du tabac présentent en effet des risques importants pour la santé. En plus de causer notamment l'accoutumance et la dépendance, ils diminuent l'espérance de vie des fumeurs. La fumée de tabac nuit aussi à la santé des non-fumeurs qui y sont exposés.

Explication des résultats et des écarts

Pour l'année financière 2017-2018, la proportion des fumeurs de 12 ans ou plus s'établit à 18,1 % de la population québécoise (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC] 2016); c'est une amélioration par rapport à l'exercice financier précédent, alors que la proportion se situait à 18,6 % (ESCC 2015). Le résultat se rapproche de la cible de 16 % à atteindre d'ici 2020.

La mobilisation et la concertation des différents acteurs engagés dans la lutte contre le tabagisme ont contribué à cette diminution. Les principales actions ont porté sur la prévention du tabagisme chez les jeunes, les services d'aide à l'abandon du tabac et la protection contre la fumée de tabac dans l'environnement. Des services de counseling individuel et de groupe en cessation tabagique, des visites dans les milieux cliniques, des activités de promotion de la cessation tabagique organisées dans les milieux communautaires et les milieux de travail ainsi que l'adoption de politiques sans fumée par des établissements collégiaux, universitaires ou du RSSS ont venus appuyer les campagnes sociétales (« Famille sans fumée », « Défi J'arrête, j'y gagne ! », « Semaine pour un Québec sans tabac », « De Facto : la vérité sans filtre », « Fumer c'est dégueu », etc.) menées dans divers milieux. Les efforts visant la réduction de la consommation de tabac se poursuivent, notamment par l'application des différentes mesures prévues par la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2.).

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats	Cibles	Cibles 2020
		2017-2018		
Proportion de la population de 12 ans ou plus consommant 5 fois ou plus de fruits et légumes par jour	39 % ¹	38 % ²	Ne s'applique pas	50 %
Proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports	54 % ¹	56 % ²	Ne s'applique pas	51 %

1. Ce résultat couvre l'année civile 2015 et provient de données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

2. Ce résultat couvre l'année civile 2016 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 qui peuvent y être associées. Les interventions relatives à la promotion des saines habitudes de vie doivent être menées dans différents milieux afin de faciliter les choix sains au quotidien.

Explication des résultats et des écarts

Pour l'année financière 2017-2018, la proportion de la population de 12 ans ou plus consommant cinq fois ou plus de fruits et légumes par jour est de 38 % (ESCC 2016), soit une diminution par rapport au résultat de 39 % de l'année financière précédente (ESCC 2015). Il faudra consentir d'autres efforts pour atteindre la cible de 50 % considérant le temps requis pour changer les comportements au sein de la population.

Quant à la proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports, elle s'élève à 56 % (ESCC 2016) en 2017-2018, soit une légère augmentation par rapport à celle de 54 % calculée pour 2016-2017 (ESCC 2015). Ces deux résultats dépassent la cible 2020, fixée à 51 %.

Diverses concertations ont cours, tant au sujet de la saine alimentation qu'au sujet du mode de vie physiquement actif. Elles permettent aux organismes nationaux ainsi qu'aux ministères de coordonner leurs efforts et de concevoir des projets portant, par exemple, sur le développement moteur chez les jeunes, le mode de vie physiquement actif en milieu scolaire, les normes sociales en alimentation et l'alimentation des enfants. Le plan d'action interministériel de la Politique gouvernementale de prévention en santé appuie de nombreuses initiatives visant à rendre la pratique d'activité physique plus accessible aux populations vulnérables. En outre, des programmes visant le développement des connaissances et des compétences des jeunes en matière de saine alimentation ou faisant la promotion de l'eau comme boisson quotidienne se déploient dans les écoles, en particulier dans les milieux défavorisés.

Les établissements du RSSS ont multiplié les initiatives pour promouvoir les occasions de manger sainement et de bouger tous les jours, et ce, dans divers milieux. 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 constituent autant de lieux d'intervention privilégiés.

AXE : Prévention des infections

OBJECTIF 2 Accroître la vaccination grippale chez les malades chroniques

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Taux de vaccination chez les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé	24 % ¹	Non disponible	Ne s'applique pas	80 %

1. Ce résultat couvre la saison grippale 2015-2016. Il s'agit du dernier résultat disponible actuellement.

Mise en contexte

Les personnes âgées de 18 à 59 ans ayant une maladie chronique, tout comme les personnes de 60 ans et plus et les enfants âgés de 6 à 23 mois, courent un plus grand risque de développer des complications – pouvant mener à l'hospitalisation et même au décès – après une grippe que les personnes en bonne santé. C'est pour cette raison que ces groupes étaient visés en 2017-2018 par le Programme d'immunisation contre l'influenza du Québec, puisque la vaccination demeure la meilleure protection contre la grippe.

Explication des résultats et des écarts

La couverture vaccinale (CV) visée dans le Plan stratégique 2015-2020 et dans le Programme national de santé publique est de 80 %. Le taux de vaccination chez les malades chroniques est estimé à partir d'une enquête populationnelle effectuée tous les deux ans. Les dernières données disponibles couvrent la saison grippale 2015-2016. Au terme de cette saison, 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, selon 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.

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 pour 2020. La promotion de la vaccination contre la grippe auprès des associations de malades chroniques, par l'entremise de leurs différents outils de communication (bulletin, site Web), se poursuit. Les messages de la campagne de communication prévue à l'occasion de la campagne de vaccination 2018-2019 seront encore axés sur les malades chroniques. Les efforts se poursuivent afin d'accroître la CV de cette population.

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

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	40 307 (augmentation de 32 %)	43 325 (augmentation de 41 %)	40 542 (augmentation de 32 %)	35 221 (augmentation de 15 % ¹)

1. Le point de départ, en 2014-2015, était de 30 627 activités de dépistage.

Mise en contexte

Les tests de dépistage visés par l'indicateur relatif au nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans concernent les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) suivantes : l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), l'infection à *Chlamydia trachomatis* – y compris la lymphogranulomatose vénérienne, l'infection gonococcique et la syphilis. Ces interventions visent à briser la chaîne de transmission des ITSS et représente une mesure reconnue efficace par les organisations nationales et internationales se préoccupants de soins préventifs.

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 depuis de nombreuses années, notamment chez ce groupe d'âge particulièrement vulnérable aux ITSS.

Explication des résultats et des écarts

Pour l'ensemble du Québec, 43 325 activités de dépistage des ITSS auprès des jeunes de 15 à 24 ans ont été effectuées en 2017-2018, soit 3 018 activités (7,5 %) de plus que l'année financière précédente. Cette augmentation résulte des efforts soutenus qui ont été consentis dans la majorité des établissements, efforts qui ont permis d'atteindre dès 2015-2016 la cible fixée pour 2020. Malgré cette atteinte, des mesures correctives ont été identifiées par les établissements qui ont pu atteindre leur engagement annuel. Ces dernières visent à optimiser l'atteinte des résultats escomptés quant à l'objectif d'améliorer, de consolider et de promouvoir l'ensemble de leurs services de dépistage des ITSS.

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

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	75 %	78 %	85 %	85 %

Mise en contexte

L'accès aux soins et aux services de proximité, notamment à un médecin de famille, est un enjeu qui demeure après plusieurs années. L'inscription auprès d'un médecin de famille et le suivi par ce médecin ou une équipe de professionnels dans les milieux de proximité donnent au patient un point d'ancrage pour obtenir une réponse à ses besoins au regard des soins de santé et des 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 médecin, infirmière, pharmacien, travailleur social et autres professionnels.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2018, près de cinq millions de personnes (4 838 017), soit 60,6 % de la population admissible, étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant dans un GMF et le nombre dépasse les six millions de personnes (6 236 059), soit 78 % de la population admissible, si l'on ajoute celles qui sont inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF. Cela représente une augmentation de 261 419 patients inscrits auprès d'un médecin de famille, en GMF ou hors GMF, par rapport à 2016-2017. En incluant les informations relatives au nombre de personnes inscrites dans les régions du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et celles hors Québec, le pourcentage d'inscrits atteint 79,6 %.

Dans le contexte de l'entente sur l'accessibilité aux services médicaux de première ligne intervenue le 25 mai 2015 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), les médecins de famille sont fortement incités à inscrire des nouveaux patients. Plusieurs leviers ont été mis en œuvre pour favoriser l'inscription et le suivi des patients en première ligne, notamment des modifications apportées aux activités médicales particulières et la formation pour la pratique en accès adapté. De plus, la mise en œuvre du Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), en avril 2016, facilite le lien entre les patients et les médecins en ce qui a trait à l'inscription. Le soutien interprofessionnel qu'obtiennent les omnipraticiens au sein des groupes de médecine de famille leur permet également de suivre un plus grand nombre de patients. Plus récemment, une lettre d'entente (LE 321) liant le MSSS et la FMOQ permettait l'inscription sans visite, une façon d'accélérer l'inscription des patients en attente au GAMF.

Malgré cela, l'inscription reste tributaire de la capacité des médecins de famille à suivre leurs patients. Au 31 décembre 2017, l'objectif visé au regard de l'inscription était de 85 % de la population. L'échéance a toutefois été repoussée au 31 décembre 2018, suite à une entente avec la FMOQ. En date du 31 mars 2018, on observait encore un écart d'environ 7 points de pourcentage entre le taux atteint et la cible fixée pour 2020.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Nombre total de GMF	302	325	308	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 ravivé 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. La reconnaissance de plusieurs milieux en tant que GMF a également permis une intégration concrète des services de santé et des services sociaux; le patient reçoit ainsi différents soins de proximité dans un seul lieu.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2018, on comptait 325 GMF au Québec, soit 23 GMF de plus qu'au terme de l'année financière précédente. Le processus de reconnaissance se poursuit même si la cible pour 2020 de 300 GMF est déjà atteinte puisque d'autres groupes de médecins ont le potentiel d'être reconnus comme GMF et que cette reconnaissance permettra de répondre encore mieux aux besoins de la population.

Les GMF regroupent aujourd'hui près de 5 600 médecins travaillant au sein d'un cabinet médical, dans un centre local de services communautaires (CLSC) ou dans un groupe de médecine de famille universitaire. Par ailleurs, 800 infirmières, 436 travailleurs sociaux et 364 autres professionnels, toutes données en équivalent temps complet (ETC), sont en poste dans les 325 GMF.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Nombre total de GMF-R ¹ (super-cliniques)	6	44	40	50

1. Cet indicateur mesure le nombre de GMF ayant une désignation réseau au 31 mars 2018.

Mise en contexte

Le modèle du GMF ayant une désignation réseau incarne le concept de « super-clinique » et vise la mise en place de cliniques qui ont pour mission de donner à l'ensemble de la population, prioritairement non inscrite, un accès aux services médicaux de première ligne, sous la forme de services médicaux généraux, et à des services diagnostiques intégrés durant des heures étendues de services. Le modèle du groupe de médecine de famille réseau (GMF-R) assure 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.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2018, 44 GMF-R étaient désignés par le ministre, ce qui représente une augmentation de 38 GMF-R désignés par rapport au résultat obtenu au terme de l'exercice financier précédent. Ce résultat est supérieur à la cible de 40 GMF-R établie pour 2017-2018. Plusieurs projets de GMF-R sont actuellement menés par le MSSS, ce qui devrait contribuer à atteindre la cible de 50 GMF-R. Il faut préciser que 33 GMF-R étaient en fonction au 31 mars 2018.

Des modifications au Programme GMF-R ont été publiées en avril 2017; elles ont permis de favoriser l'adhésion à ce modèle. Par ailleurs, les modalités supplémentaires concernant le soutien aux établissements, annoncées à l'automne 2017, ont fait diminuer la pression financière qui s'exerçait sur le déploiement des super-cliniques.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	62 %	61 %	69 %	75 %

Mise en contexte

Les services de proximité constituent la porte d'entrée du RSSS et leur 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 2018, 61 % des premiers services de nature psychosociale ont été dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC), ce qui traduit une stabilité par rapport au résultat de 62 % en 2016-2017. Le résultat obtenu en 2017-2018 n'a pas atteint la cible fixée (69 %) pour cette année et un écart demeure par rapport à la cible à atteindre en 2020 (75 %).

D'importants travaux visant notamment à réduire les temps d'attente pour les services de proximité sont en cours. À terme, un accès intégré et harmonisé des volets santé et social sera effectif, tant dans les établissements que dans les GMF. Toutes ces mesures contribueront à assurer une accessibilité optimale aux services de proximité.

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

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats	Cibles	Cibles 2020
		2017-2018		
Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	61 %	60 %	85 %	85 %
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	60 %	59 %	85 %	85 %
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,6 h	13,7 h	12 h	12 h

Mise en contexte

Diminuer la congestion des urgences signifie améliorer la qualité des soins et contribuer à la diminution de la mortalité des patients. Dans cette optique, le MSSS a un souci constant de rendre plus fluide la trajectoire des patients à l'urgence.

Explication des résultats et des écarts

La durée moyenne du séjour à l'urgence pour la clientèle sur civière a diminué, passant de 15,6 heures en 2016-2017 à 13,7 heures en 2017-2018. Cette diminution est attribuable à une meilleure fluidité des opérations d'hospitalisation de ces patients.

Le pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de deux heures (60 % en 2017-2018) et le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de quatre heures (59 % en 2017-2018) sont restés stables depuis 2015-2016, et ce, en dépit des efforts constants pour faire diminuer l'attente. Ces deux résultats présentent un écart important par rapport aux cibles fixées pour 2020, qui se situent à 85 %.

Le nombre de visites à l'urgence a augmenté en 2017-2018, notamment à cause d'une affluence de cas particulièrement sévères d'infections respiratoires liées au virus de l'influenza. Les travaux concernant la réorientation des patients ambulants et l'amélioration des corridors de service vers les services d'investigation ambulatoires (appelés accueil clinique) menés présentement s'intensifieront au cours des prochains mois.

Pendant l'année financière 2017-2018, dans le but de désengorger les urgences, un suivi intensif concernant les patients qui y sont entrés depuis plus de 48 heures a été effectué auprès des établissements en vue, particulièrement, d'augmenter le nombre de ressources pour la prise en charge des patients n'ayant plus besoin de soins aigus à l'urgence. Dans la foulée, un investissement supplémentaire de 23,25 millions de dollars a été octroyé cette même année pour créer 350 places extrahospitalières pour l'hébergement, la réadaptation ou la convalescence et pour les soins de santé mentale. En favorisant l'utilisation optimale des lits de courte durée, le MSSS estime pouvoir désengorger en partie les urgences.

AXE : Services spécialisés

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

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	62 %	69 %	100 %	100 %

Mise en contexte

L'accès à l'imagerie médicale en temps opportun est important, car il permet d'abord d'obtenir un diagnostic précis, puis d'orienter le patient vers le traitement requis, le cas échéant. Le MSSS, en collaboration avec les établissements de santé et de services sociaux, poursuit le travail favorisant l'amélioration de l'accès à ce type de services.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2018, 69 % des patients inscrits sur les listes d'attente en imagerie médicale l'étaient depuis moins de trois mois. Il s'agit d'une amélioration, importante, de 7 points de pourcentage par rapport au résultat de l'année financière précédente. Elle s'explique notamment par le financement supplémentaire accordé à l'imagerie par résonance magnétique pour augmenter la production ainsi que par des améliorations notables apportées à la mammographie diagnostique, à l'échographie cardiaque et aux autres échographies.

L'écart par rapport à la cible de 100 % est attribuable au volume élevé de demandes pour les échographies autres que l'échographie cardiaque et pour les examens d'imagerie par résonance magnétique, qui concernent plus de 55 % du nombre total de personnes en attente.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an	3 112	2 198	0	0

Mise en contexte

Un accès plus rapide aux chirurgies contribue à améliorer tant la prise en charge des problèmes de santé que la qualité des services offerts aux patients. Le MSSS a annoncé qu'au terme de la période visée par l'actuel plan stratégique, il ne devait plus y avoir de patients qui attendent plus d'un an avant d'être opérés.

Explication des résultats et des écarts

La situation des patients en attente d'une chirurgie depuis plus d'une année continue de s'améliorer. En effet, le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an est passé de 3 112 en 2016-2017 à 2 198 au terme de l'année financière suivante. Ainsi, en 2017-2018, 914 patients de moins attendent depuis plus d'un an avant d'être opérés pour une chirurgie, soit une amélioration de 29 % par rapport à l'année financière précédente. Le résultat n'a toutefois pas atteint la cible de 0 fixée pour 2017-2018. L'analyse des données permet de conclure, à l'instar de l'année dernière, qu'à priorité égale des demandes, ce ne sont pas toujours les demandes les plus anciennes sur la liste d'attente qui sont priorisées.

OBJECTIF 7 Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Pourcentage des personnes de 50 à 74 ans ayant été dépistées pour le cancer colorectal au cours des deux dernières années	30 % ¹	32 % ¹	25 % ²	40 %

1. La méthodologie de l'indicateur a été modifiée afin d'harmoniser la méthode de calcul avec celle qui est utilisée dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Le résultat de 2016-2017 a été ajusté et correspond désormais à l'année civile 2016, et celui de 2017-2018 correspond à l'année civile 2017.
2. Cette cible a été déterminée dès le lancement du plan stratégique 2015-2020 et ne fait pas référence au cumul des engagements annuels 2017-2018 des établissements contenus dans les EGI 2017-2018.

Mise en contexte

En 2013, le MSSS a mis en place un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) pour lequel le prélèvement s'effectue à domicile et qui permet de détecter précocement ce cancer chez les personnes de 50 à 74 ans. 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 pour qui le risque est moyen (personnes sans symptômes et sans autre facteur de risque) de se soumettre au à ce test au moins tous les deux ans. Un échantillon de selles prélevé à la maison est ensuite analysé en laboratoire, analyse qui consiste à vérifier s'il contient des traces de sang invisibles à l'œil nu, ou *occultes*.

Explication des résultats et des écarts

En 2017-2018, environ 32 % des personnes de 50 à 74 ans ont passé un test de dépistage du cancer colorectal (test RSOSi) au cours des deux dernières années, soit une amélioration par rapport au taux de 30 % établi pour 2016-2017. Le résultat obtenu est supérieur à la cible 2017-2018.

Les campagnes d'information (publireportage dans les revues médicales ainsi que mise en ligne de contenu dans la section « Professionnel » du site Web du MSSS et sur le Portail santé mieux-être) des années précédentes ont eu l'effet escompté. En plus de ces actions, un soutien financier a été accordé à la campagne de sensibilisation « Détrônons le cancer du côlon » menée en mars 2018 par la Société canadienne du cancer pour faire connaître le test RSOSi à la population. Le déploiement à venir du Programme de dépistage du cancer colorectal est une mesure qui contribuera également à améliorer la performance relative à cet indicateur.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	63 %	65 %	90 %	90 %

Mise en contexte

Malgré l'amélioration du taux de survie pour tous les cancers, cette maladie constitue, depuis 2000, la première cause de mortalité au pays et est responsable du tiers environ de tous les décès. Plusieurs facteurs contribuent à l'amélioration de la santé, dont l'accès à des soins et à des services de qualité et en temps opportun. L'accès demeure une priorité dans le RSSS, qui a comme objectif de contribuer à une meilleure survie des personnes atteintes de cancer.

L'indicateur permet de dresser un portrait global de l'accès à la chirurgie oncologique et incite chaque établissement à considérer les délais d'attente et à s'adapter en conséquence. L'objectif est que chaque patient soit opéré dans le délai le plus court possible.

Explication des résultats et des écarts

En 2017-2018, la proportion des patients ayant été traités par chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ou moins est de 65 %. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de 63 % obtenu en 2016-2017, mais il demeure éloigné de la cible pour 2017-2018 et de la cible pour 2020, toutes deux établies à 90 %.

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 ou 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 visant à soutenir chaque établissement dans la révision de son processus de gestion des listes d'attente en ce qui concerne la chirurgie oncologique. Les efforts investis ont pour objectif premier de faire diminuer le nombre de personnes traitées par chirurgie oncologique après plus de 56 jours d'attente. Ainsi, en 2017-2018, environ 91 % des patients ont été traités par chirurgie oncologique en 56 jours ou moins.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Taux de mortalité due au cancer colorectal	28,9 par 100 000 habitants ¹ (diminution de 0,4 décès) ³	28,8 par 100 000 habitants ² (diminution de 0,5 décès) ³	Ne s'applique pas	25,8 par 100 000 habitants (diminution de 3,5 décès) ³

1. Le résultat de 2016-2017 correspond au taux de 2012 (donnée extraite en 2017).

2. Le résultat de 2017-2018 correspond au taux de 2014 (donnée extraite en 2018), chiffre le plus récent concernant le taux ajusté de mortalité due au cancer colorectal.

3. La diminution est mesurée par rapport au résultat de 2010, soit 29,3 décès par 100 000 habitants.

Mise en contexte

Le cancer colorectal représente la deuxième cause de mortalité par cancer au Québec. La diminution de la mortalité est multifactorielle; elle peut s'expliquer, entre autres, par l'amélioration des traitements et par un diagnostic précoce de la maladie. Au Canada, près d'un cancer colorectal sur deux est diagnostiqué à un stade avancé (stade 3 ou 4). Lorsque le diagnostic est posé au stade 1, la survie est d'environ 90 %, alors qu'au stade 4, elle est d'environ 15 % (selon des données de la Société canadienne du cancer datant de 2018). Dans ce contexte, la détection précoce du cancer colorectal pourrait améliorer la survie des patients atteints et, potentiellement, réduire la mortalité.

L'indicateur relatif au taux de mortalité due au cancer colorectal permet de connaître le nombre de personnes, par tranche de 100 000 habitants, dont la cause de décès est un cancer colorectal.

Explication des résultats et des écarts

Le taux des décès attribuables au cancer colorectal était de 28,8 décès par 100 000 habitants en 2014. La comparaison du résultat obtenu en 2017-2018 avec celui de 2016-2017, permet de constater que le taux est demeuré stable, à 28,8 par 100 000 habitants et à 28,9 par 100 000 habitants, respectivement. Le résultat le plus récent représente une diminution de 0,5 décès par 100 000 habitants par rapport au taux de 2010 (29,3 décès par 100 000 habitants), alors que le MSSS vise une diminution de 3,5 décès par 100 000 habitants d'ici 2020.

Au cours des dernières années, en plus du RSOSi, le MSSS a également soutenu la mise à niveau des unités d'endoscopie dans les établissements. Le recours à des processus de travail efficaces a permis d'assurer l'accessibilité et la qualité des services liés à la coloscopie et aux autres secteurs qui y sont associés. Enfin, la mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal pourrait permettre de diagnostiquer les cancers à un stade précoce et d'ainsi améliorer la survie.

AXE : Sécurité et pertinence

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

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats	Cibles	Cibles 2020
		2017-2018		
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)	94 % (84/89)	98 % (85/87)	95 %	95 %
• Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	91 % (81/89)	94 % (82/87)	95 %	95 %
• Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	98 % (47/48)	96 % (45/47)	95 %	95 %

Mise en contexte

Les infections nosocomiales sont des infections acquises dans un établissement du RSSS au cours d'un épisode de soins de santé. La surveillance de ces infections est une activité continue et systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation de données se situant au cœur du processus d'amélioration, elle aussi continue, de la qualité des soins. Ainsi, les activités de surveillance soutiennent la qualité et la sécurité des soins en permettant la détection précoce des infections nosocomiales ainsi que la mise en place, en temps opportun, des mesures de prévention ou de contrôle appropriées à la situation (cas sporadiques, éclosions).

Explication des résultats

Diarrhées associées au *Clostridium difficile*

Parmi les 87 installations participant en 2017-2018 au Programme de surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile*, 85 (98 %) ont eu un taux annuel d'incidence de ces infections inférieur ou égal au seuil établi en prenant en compte des caractéristiques de l'installation telles que le nombre de lits et l'âge des usagers. Ces résultats font état d'une amélioration comparativement à l'année financière 2016-2017, alors que 94 % des installations participantes avaient enregistré un taux annuel d'incidence inférieur ou égal au seuil établi dans leur catégorie d'installations. La cible de 95 % fixée dans le Plan stratégique 2015-2020 a été atteinte. La diminution du nombre d'installations participantes (de 89 à 87) est due au regroupement des trois installations du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM).

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

En 2017-2018, 94 % (82/87) des installations participant au programme de surveillance des bactériémies à SARM respectaient le taux d'incidence ciblé pour leur installation, comparativement à 91 % (81/89) au terme de l'année financière précédente, ce qui traduit une amélioration de la performance des établissements. Le nombre d'installations qui affichaient des taux au-dessus des seuils est passé de 8 en 2016-2017 à 5 en 2017-2018. Le résultat de 94 % est très proche de la cible pour 2020, qui se situe à 95 %. La réduction du nombre d'installations participantes (de 89 à 87) est due au regroupement des

trois installations du CHUM. La majorité des installations (3/5) jugées non conformes en 2017-2018 sont de petits centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, et la survenue d'un seul cas de bactériémie à SARM peut engendrer le dépassement du seuil établi.

Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse

En 2017-2018, 45 des 47 unités d'hémodialyse (96 %) ont présenté un taux de bactériémies associées aux accès vasculaires au-dessous du taux fixé à 0,64 cas pour 1 000 jours-cathéters. Le résultat est supérieur à la cible de 95 % fixée dans le Plan stratégique 2015-2020. La réduction du nombre d'installations participantes (de 48 à 47) est due au regroupement des installations du CHUM.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	56 %	59 %	70 %	80 %

Mise en contexte

L'hygiène des mains constituant l'un des moyens les plus efficaces pour prévenir et contrôler les infections nosocomiales, elle figure parmi les multiples stratégies qui visent à assurer la sécurité des patients. Un respect accru de l'hygiène des mains pourrait entraîner une diminution allant jusqu'à 50 % (selon une recherche internationale soutenue par l'Organisation mondiale de la santé) des infections associées aux soins de santé. Tous les professionnels et les travailleurs du domaine de la santé sont concernés par cette mesure.

Explication des résultats et des écarts

En 2017-2018, nous observons une augmentation (59 %) du taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains comparativement à 2016-2017 (56 %). Ainsi, sur les 29 établissements participants, 4 établissements ont enregistré des taux de plus de 69.0 %, 8 établissements affichent des taux de conformité entre 60.0 % et 68.9 %, 11 établissements ont des taux entre 50.0 % et 59.9 % et seulement 5 établissements se situent en-dessous de 50 %. Un CIUSSS n'a pas saisi ses données avant la date butoir.

Bien qu'à l'échelle provinciale, le taux de conformité calculé (59 %) reste en dessous de la cible fixée pour 2017-2018 (70 %), deux établissements ont atteint la cible et deux autres en sont très près. La différence observée entre les établissements ayant atteint la cible et les autres pourrait s'expliquer en partie par une interprétation différente de la méthodologie concernant l'observation de l'hygiène des mains. Néanmoins, la mobilisation de tous les hauts gestionnaires, des équipes de soins et des équipes de soutien s'avère nécessaire dans chaque établissement pour que la cible de 80 % fixée pour 2020 puisse être atteinte.

Afin de soutenir le réseau, le MSSS a prévu d'élaborer des outils additionnels par lesquels il veut favoriser une interprétation commune de la méthodologie concernant l'hygiène et donner une formation harmonisée à l'ensemble des travailleurs de la santé.

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

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Nombre de plans d’action produits dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services	5	17	Ne s’applique pas	22

Mise en contexte

Dans une perspective d’optimisation des ressources affectées au système de santé et dans le souci d’améliorer les services rendus à l’ensemble de la population québécoise, le MSSS a lancé, au cours de l’automne 2015, un grand chantier sur la pertinence de plusieurs technologies, médicaments, interventions, examens et traitements analysés à partir d’une démarche scientifique et clinique basée sur des données probantes. Les projets qui font actuellement l’objet de plans d’action portent 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 dans l’élaboration 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

Dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services, dix-sept plans d’action ont été produits depuis 2015. D’une part, pour le volet « usage optimal du médicament », ce sont quatre nouveaux plans d’action qui s’ajoutent aux cinq déjà produits depuis 2015. D’autre part, huit plans d’action portant sur le volet « santé » ont été produits depuis 2015.

Usage optimal du médicament

En 2017-2018, concernant le volet « usage optimal des médicaments », l’INESSS a publié différentes études portant sur le traitement du trouble déficitaire de l’attention avec ou sans hyperactivité de même qu’un document portant sur l’usage optimal des antipsychotiques. L’INESSS a également produit différents guides relatifs à l’usage optimal des antibiotiques (cellulite, infections urinaires, bronchite aiguë, pneumonie, etc.) ainsi qu’un avis portant sur les statines et la diminution du risque cardiovasculaire de même que des documents connexes.

Au cours des exercices financiers antérieurs, de nouvelles règles relatives au remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons ainsi que des bandelettes servant à mesurer la glycémie sont entrées en vigueur le 3 mai 2017, et ce, dans le cadre du régime public d’assurance médicaments.

Les travaux du chantier se poursuivent pour les domaines suivants : les statines, les biphosphonates, les opioïdes, les médicaments pouvant entraîner un risque de chutes chez les personnes âgées (particulièrement les antipsychotiques), les antibiotiques et sur les médicaments utilisés pour le traitement du trouble déficitaire de l’attention avec ou sans hyperactivité ainsi que pour la maladie de Lyme.

Volet « santé »

Cardiologie

En 2016, les Normes relatives aux traitements de reperfusion de l’infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec ont été diffusées par l’INESSS. Puis, en 2017, une trousse d’outils pour soutenir l’implantation de ces normes a été rendue disponible et vise à accompagner le réseau, dans un engagement commun, vers l’atteinte des normes de qualité relatives au traitement de l’IAMEST.

En 2015, le MSSS a diffusé des orientations ministérielles liées à la pratique de l'implantation valvulaire aortique par cathéter (TAVI) à la suite des analyses des données québécoises, de la littérature et de l'avis de l'INESSS. Le MSSS a également confié le mandat à l'INESSS, en collaboration avec le Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT) et les établissements désignés, d'établir les normes de qualité. Au terme de ce travail de concertation, 29 normes de qualité ont été établies pour une utilisation optimale et standardisée liée à la pratique de l'intervention TAVI.

En 2015, le MSSS a formulé des orientations ministérielles sur l'implantation des dispositifs d'assistance ventriculaire gauche (DAV) en considérant le rapport du groupe de travail du RQCT et le rapport de l'INESSS. En 2016, à la demande du MSSS, 33 normes relatives aux programmes de dispositif d'assistance ventriculaire DAV ont été diffusées par l'Unité d'évaluation cardiovasculaire (UECV) de l'INESSS, en collaboration avec un comité d'experts cliniques et le Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT). Ces normes présentent des critères communs de sélection, d'évaluation et de suivi des patients ainsi que des indicateurs d'évaluations. De plus, des évaluations terrains sont effectuées.

En 2016, l'INESSS a publié une étude sur l'Évaluation des défibrillateurs cardiaques implantables (DCI) avec sonde sous-cutanée. Cette étude s'insérait dans un projet de plus grande envergure incluant un avis et une évaluation sur le terrain du remplacement des DCI et des dispositifs de resynchronisation cardiaque. Ces études visent l'utilisation judicieuse de cette technologie.

En 2017, l'INESSS a publié, selon un consensus d'experts québécois à partir de l'analyse critique des lignes directrices les plus récentes publiées par des organismes reconnus, les Indications de la tomographie par émission de positrons (TEP)-maladies cardiovasculaires. Ces travaux ont émergé d'un souci de pertinence clinique à l'utilisation de cette technologie en plein développement et servent actuellement de guide à la distribution des ressources.

Analyse de biologie médicale et biovigilance

Pour l'année 2017-2018, le MSSS a donné suite à 31 avis de l'INESSS concernant l'évaluation de la pertinence clinique pour certaines analyses dans le domaine de la biologie médicale. Par exemple, le MSSS a demandé à l'INESSS d'évaluer la pertinence clinique d'une analyse pour le cancer du poumon. Suite à l'avis favorable de l'INESSS, l'analyse a été ajoutée au Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale.

En 2017, au cours du processus d'évaluation des produits sanguins stables, le MSSS a pris en compte deux avis de l'INESSS. Tous les produits concernés par ces avis ont été introduits ou maintenus à la Liste des produits du système du sang du Québec. Le premier porte sur l'évaluation de dix produits sanguins stables (Advate, Adynovate, Alburex^{MD}, Albutein^{MD}, Eloctate^{MC}, Nuwiq^{MC}, Octalbin, Plasbumin^{MD}, Xynthia^{MC} et Xynthasolofuse^{MC} et Zonovate^{MC}) et le deuxième porte sur le produit sanguin Kovaltry^{MC}.

Un Guide d'usage optimal des immunoglobulines en neurologie a été produit en 2017, à la demande du MSSS, afin de mieux soutenir la pratique des cliniciens par des recommandations relatives à l'usage des immunoglobulines humaines en neurologie.

AXE : Personnes âgées

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

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats	Cibles	Cibles 2020
		2017-2018		
Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée	132 992 (augmentation de 1,8 %) ¹	141 621 (augmentation de 8,4 %) ¹	143 022 (augmentation de 9 %) ¹	150 313 (augmentation de 15 %) ¹
Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée, ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention	76 %	83 % ²	90 %	90 %

1. L'augmentation est mesurée par rapport au résultat du 31 mars 2015, soit 130 707 personnes.

2. La méthodologie de l'indicateur a été modifiée au cours de l'année financière 2017-2018, faisant en sorte que les comparaisons avec 2016-2017 doivent être effectuées avec prudence. Désormais, une évaluation à jour pour les personnes présentant un profil ISO-SMAF de 1 et 2 peut avoir été effectuée ou révisée au cours des deux dernières années plutôt qu'au cours de la dernière année.

Mise en contexte

La demande au regard des services à domicile est en augmentation constante, non seulement en raison du vieillissement de la population, mais aussi parce que le soutien à domicile demeure le premier choix pour bon nombre de personnes qui ont besoin de soins et de services. Il est primordial que les personnes recevant du soutien à domicile aient une évaluation à jour et un plan d'intervention.

Explication des résultats et des écarts

En 2017-2018, 141 621 personnes ont été desservies en soutien à domicile de longue durée, soit une augmentation de 8 629 personnes par rapport au résultat de 132 992 personnes obtenu en 2016-2017. Le résultat relatif à l'année financière 2017-2018 se rapproche de la cible fixée (143 022 personnes) pour cette même année et de la cible à atteindre en 2020 (150 313 personnes).

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 a augmenté, passant de 76 % au 31 mars 2017 à 83 % au 31 mars 2018. Il faudra consentir d'autres efforts pour atteindre la cible de 90 % fixée pour 2020.

Ces hausses peuvent s'expliquer par le repérage de nouveaux usagers, l'intensification du soutien à domicile ainsi que l'investissement de 60 millions de dollars en 2017-2018. L'utilisation d'outils de suivi informatisés, soit des rapports personnalisés permettant de planifier la révision des évaluations et des plans d'intervention, a aussi contribué à ces hausses. 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 nouvel investissement récurrent de 94,7 millions, à partir de 2018-2019, contribuera à l'atteinte des cibles fixées pour 2020.

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

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	72 %	79 %	85 %	80 %

Mise en contexte

Les réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) constituent 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 l'instauration de ces réseaux 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 % au regard de l'implantation des neuf composantes des RSIPA dans chacun de leur réseau local de services.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2018, sur l'ensemble du territoire québécois, 79 % (74 sur 94) des RSIPA avaient été implantés de façon optimale, ce qui représente une augmentation par rapport au résultat de 72 % obtenu en 2016-2017. La cible de 80 % fixée pour 2020 est presque atteinte.

L'implantation des RSIPA est soutenue par l'Outil de suivi de l'implantation des réseaux de services intégrés. Le MSSS veille à l'actualisation des orientations en prenant en compte les meilleures pratiques pour l'intégration des services. En 2017-2018, les travaux ont tout particulièrement porté sur l'implantation des nouvelles orientations relatives à la gestion de cas. Les travaux sur les meilleures pratiques d'évaluation et de planification se sont poursuivis et ceux qui ont trait aux meilleures pratiques de repérage ont commencé.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA)	56 %	62 %	73 %	70 %

Mise en contexte

Depuis 2011-2012, les établissements du RSSS 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, dans le but de prévenir la diminution des capacités fonctionnelles chez ces personnes.

L'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (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 au moins 95 % les composantes 1, 2 et 6, et à au moins 65 % les composantes 3, 4 et 5.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2018, 62 % (60/97) des milieux hospitaliers ont implanté l'AAPA, comparativement à 56 % (55/97) d'entre eux au 31 mars de l'année précédente. Ainsi, les 5 milieux hospitaliers de plus représentent une augmentation de 6 %. Au moins 8 autres milieux hospitaliers devront avoir implanté l'AAPA d'ici 2020 pour que la cible de 70 % soit atteinte.

En 2017-2018, les travaux ont principalement porté sur la réalisation d'un audit concernant l'utilisation et les résultats de la grille du profil AÎNÉES (autonomie, intégrité cutanée, nutrition, élimination, état cognitif /comportemental et sommeil), qui mesure les écarts cliniques de la condition des usagers entre trois moments : avant l'hospitalisation, en cours d'hospitalisation et au départ de l'utilisateur. De plus, les travaux et les investissements consacrés aux moyens d'éviter l'occupation des lits de soins aigus de courte durée en milieu hospitalier par des usagers requérant un niveau de soins alternatif concordent avec les objectifs de l'AAPA.

AXE : Personnes vulnérables

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

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	22 796 usagers (augmentation de 4,9 %) ¹	22 793 usagers (augmentation de 4,9 %) ¹	23 967 usagers (augmentation de 10 %) ¹	24 988 usagers (augmentation de 15 %) ¹

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

Mise en contexte

Le Plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie du MSSS vise à permettre à chaque personne, dont l'état le requiert, d'obtenir des soins palliatifs et de fin de vie adaptés à ses besoins, et cela, dans le respect de ses choix et de ses décisions, quels que soient son âge et sa pathologie.

Par ailleurs, qu'un plus grand nombre d'usagers le désirant puissent bénéficier de soins palliatifs et de fin de vie à domicile est souhaitable dans un contexte où l'on cherche à faire diminuer le nombre de visites à l'urgence, celui des hospitalisations inutiles et celui des décès en milieu hospitalier.

Explication des résultats et des écarts

Au Québec, des services en soins palliatifs à domicile sont offerts dans chacun des territoires sociosanitaires du RSSS. Au 31 mars 2018, 22 793 usagers ont bénéficié de tels services, soit 1 174 de moins que la cible de 23 967 usagers établie pour 2017-2018. Malgré l'écart encore plus grand par rapport à la cible fixée pour 2020, les autorités de la plupart des établissements affirment ne pas avoir de liste d'attente pour les soins palliatifs à domicile. Il faut dire que le maintien à domicile des personnes en fin de vie s'avère une question encore épineuse en raison, notamment, de la difficulté à assurer une couverture médicale à toute heure du jour et de la nuit. Toutefois, la mise en place d'une offre de service de base concernant les soins palliatifs à domicile permettra d'augmenter le nombre d'usagers qui pourront en bénéficier au cours des prochaines années.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	16,5 %	17,6 % ¹	16,1 %	18,5 %

1. La méthodologie de cet indicateur a été modifiée afin de prendre en compte du moment précis de la fin de l'épisode de services. Ce changement affecte la comparabilité de ce résultat avec ceux des années précédentes.

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 permet d'évaluer, entre autres, les effets des mesures priorisées par le MSSS pour faciliter le maintien des personnes dans leur milieu de vie. Cet indicateur s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique en soins palliatifs de fin de vie et du Plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie ainsi que dans l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001).

Pour les raisons évoquées plus haut, soit faire diminuer le nombre de visites à l'urgence, d'hospitalisations inutiles et de décès en milieu hospitalier, l'augmentation du pourcentage de décès à domicile est elle aussi souhaitable.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2018, le pourcentage des décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile atteint 17,6 %, soit une augmentation de 1,1 point de pourcentage par rapport au résultat de 2016-2017 (16,5 %). Cette hausse témoigne de la volonté des CISSS et des CIUSSS de mettre en place des services favorisant le décès à domicile des usagers.

Ce résultat est supérieur à la cible fixée pour 2017-2018 (16,1 %), mais demeure inférieur à la cible à atteindre en 2020 (18,5 %), ce qui représente un écart de 0,9 point de pourcentage pour l'atteinte de cette cible.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	867	896	922	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 répond à la double volonté de maintenir l'équilibre entre les différents lieux de prestation de services et de consolider les services existants à raison 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 2018, le nombre de lits de soins palliatifs est de 896, soit une augmentation de 29 lits par rapport au résultat obtenu en 2016-2017 (867 lits). Bien que la cible fixée pour 2020 à l'échelle du territoire québécois soit déjà dépassée, quelques établissements n'ont pas encore atteint la leur. L'augmentation du nombre de lits réservés aux soins palliatifs dans ces établissements permettra de compléter l'offre au regard des services de soins palliatifs et de présenter ainsi une solution de rechange enviable aux usagers pour qui il se révèle impossible de décéder à domicile.

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

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats	Cibles	Cibles 2020
		2017-2018		
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)	231 jours	176 jours	156 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	61 %	64 %	70 %	90 %

Mise en contexte

L'attente moyenne des enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) avant d'avoir accès à un service spécialisé est calculée 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 la cristallisation des comportements et favorise une meilleure gestion de l'anxiété.

Quant au suivi du pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA qui viennent de terminer leur scolarité et ont accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail, il 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 ou de l'emploi.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2018, le délai moyen d'accès à un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA est de 176 jours, comparativement à 231 jours en 2016-2017. Ainsi, une amélioration de 55 jours s'observe. Il subsiste toutefois un écart de 20 jours entre le résultat obtenu en 2017-2018 et la cible 2017-2018 (156 jours) et un écart de 86 jours avec la cible 2020 (90 jours).

L'augmentation importante du taux de prévalence du TSA, les retards dans l'affichage des postes, les difficultés relatives au recrutement et le temps accordé pour la formation du personnel figurent parmi les obstacles rencontrés qui ont eu un effet direct sur l'attente des enfants de moins de 5 ans présentant un TSA avant d'avoir accès à un service spécialisé.

Un montant de 11,2 millions de dollars a été utilisé pour rehausser les services en réadaptation et en intervention comportementale intensive chez les 0 à 5 ans, ce qui explique la diminution observée au regard de l'attente avant d'avoir accès aux services spécialisés. Cet investissement a aussi permis de faire augmenter le nombre d'enfants qui bénéficient du programme d'intervention comportementale intensive ou de services de réadaptation.

Au 31 mars 2018, 64 % des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA et venant de terminer leur scolarité ont eu accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail. Si ce résultat marque une légère amélioration par rapport à 2016-2017 (61 %), la cible fixée pour 2017-2018 (70 %) n'a pas été atteinte, ce qui accentue l'écart par rapport à la cible à atteindre en 2020 (90 %). Les effets des investissements du printemps 2017 découlant du Plan d'action sur le TSA

s'observeront davantage en 2018-2019, car l'accroissement des services aux adultes s'est effectué un peu plus tard durant l'année financière. Un investissement additionnel de 6,5 millions de dollars a été annoncé en mars 2018 pour améliorer l'accès aux activités de jour à l'intention des adultes ayant une déficience.

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

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats	Cibles	Cibles 2020 ¹
		2017-2018		
Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	4 060	4 800	4 266	4 736
Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	8 637	11 071	11 684	12 422

1. Les cibles fixées pour 2020 ont été rehaussées, à la suite de l'ajout d'un investissement visant à favoriser l'implantation de nouvelles équipes qui offrent des services de suivi intensif dans le milieu ou de suivi d'intensité variable.

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 s'avère prioritaire pour le MSSS, puisqu'ils permettent aux personnes visées de demeurer dans leur milieu de vie malgré leurs symptômes et les limitations fonctionnelles que ceux-ci peuvent entraîner.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2018, le MSSS avait reconnu 4 800 places pour le SIM et 11 071 places pour le SIV dans l'ensemble des réseaux territoriaux de services du Québec; cela représente une augmentation de 740 places pour le SIM et de 2 434 places pour le SIV par rapport au 31 mars 2017. Cette progression significative peut être attribuée à l'investissement de 15 millions de dollars fait en avril 2017 pour favoriser l'implantation de nouvelles équipes offrant des services de SIM ou de SIV, lequel a mené à la révision des cibles pour 2020.

En une seule année, en ce qui a trait au SIM, cet investissement a permis de dépasser de 534 places la cible fixée pour 2017-2018 et de 64 places la cible établie pour 2020. En ce qui concerne les places SIV, malgré la forte progression constatée, un écart de 613 places par rapport à la cible fixée pour 2017-2018 subsiste. Quant à la nouvelle cible à atteindre en 2020, des efforts accrus seront nécessaires pour que les 1 351 places manquantes deviennent effectives. Ils devront porter, entre autres, sur le recrutement et l'attraction de la main-d'œuvre alors que le secteur des sciences humaines et de la santé mentale vit une pénurie de ressources humaines. En effet, plusieurs postes affichés au cours de l'année écoulée sont toujours vacants au 31 mars 2018.

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

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	82 %	88 %	80 %	90 %

Mise en contexte

Les services de détection et d'intervention précoce en dépendance visent à détecter les personnes qui présentent soit des comportements à risque, soit 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 joindre 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 ceux qui conviennent à leurs besoins.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2018, le taux d'implantation des services de détection et d'intervention précoce en matière de dépendance offerts par les établissements se situait à 88 %, comparativement à 82 % en 2016-2017. La progression s'explique par une appropriation accrue de l'objectif par ces établissements, dans le contexte de la gouvernance renouvelée du réseau. Il faudra consentir d'autres efforts pour atteindre la cible de 90 % fixée pour 2020, notamment en ce qui a trait à l'harmonisation des pratiques au sein des différents réseaux territoriaux de services.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir ¹	Non disponible	Non disponible	Non disponible	100 %

1. Modification du libellé « Pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance ».

Mise en contexte

L'objectif général de la Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir est d'assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services à ces personnes. L'itinérance étant un problème social important, il y a lieu de soutenir les personnes touchées dans la recherche et la mise en place de solutions pour leur permettre de sortir de la rue ou d'éviter celle-ci.

Explication des résultats et des écarts

Le début de la collecte d'informations permettant de mesurer le degré d'implantation de la Stratégie, initialement prévu en 2017-2018, a été repoussé en 2018-2019. Ce changement s'explique par le report à juin 2018 de la publication de la Stratégie.

Pour que la Stratégie soit considérée comme implantée dans un établissement, toutes les composantes doivent être réalisées.

OBJECTIF 16 Améliorer le soutien aux familles en situation de négligence

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,54 jeunes sur 1 000 ¹	10,76 jeunes sur 1 000	9,88 jeunes sur 1 000	10 jeunes sur 1 000

1. Le résultat de 2016-2017 a été ajusté en raison du changement suivant dans la méthodologie : le taux de prise en charge n'est plus établi en fonction du lieu de résidence du jeune, mais en fonction du lieu qui offre les services au jeune. Le résultat de 2016-2017 (10,46 jeunes sur 1 000) présenté dans le rapport annuel 2016-2017 a donc été ajusté en conséquence.

Mise en contexte

La négligence envers les enfants est la principale cause de prise en charge en protection de la jeunesse. Afin de parer aux situations de négligence et d'éviter qu'elles ne requièrent l'intervention du directeur de la protection de la jeunesse, le MSSS a demandé aux établissements de mettre en place des programmes d'intervention visant à contrer la négligence dans toutes les régions du Québec et d'en soutenir la mise en œuvre, de façon à satisfaire aux exigences des programmes dont l'efficacité est reconnue.

Explication des résultats et des écarts

En 2017-2018, le taux des jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence à l'échelle du Québec s'élevait à 10,76 jeunes sur 1 000, soit 2 % de plus qu'en 2016-2017, alors qu'il était de 10,54 jeunes sur 1 000. Trois régions sur seize ont tout de même vu leurs taux diminuer. En 2017-2018, on compte six régions sur seize qui affichent un taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence inférieur à 10 jeunes sur 1 000.

L'écart entre le résultat et la cible de 10 jeunes sur 1 000 fixée pour 2020 s'est donc légèrement creusé entre 2016-2017 et 2017-2018, ce qui peut s'expliquer par le fait que les prises en charge, en matière de protection de la jeunesse, pour des cas de négligence ne dépendent pas seulement des programmes d'intervention visant à contrer la négligence, mais qu'ils sont également tributaires de nombreux déterminants, dont la pauvreté, la monoparentalité et d'autres facteurs de risque au regard de la négligence hors du champ d'action du MSSS. Entre 2016-2017 et 2017-2018, les signalements retenus pour les motifs de négligence ou de risque sérieux de négligence ont augmenté de 6 %, alors que la population des jeunes de moins de 18 ans augmentait de 1 % entre 2016 et 2017.

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 2016-2017	Résultats	Cibles	Cibles 2020
		2017-2018		
Taux de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail	78 %	Non disponible	Ne s'applique pas	80 %
Taux de mutation ¹	9,31 %	13,02 %	Ne s'applique pas	6 %
Certification Entreprise en santé Élite maintenue	Certification maintenue	Certification maintenue	Maintenir la certification	Annuellement

1. Le taux de mutation pour le Commissaire à la santé et au bien-être est de 38,46 %.

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.

De ce point de vue, le MSSS doit pouvoir compter sur du personnel mobilisé pour relever les défis, actuels et futurs, dans un contexte en constante évolution. Sa capacité à maintenir sa performance organisationnelle repose en grande partie sur la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée et mobilisée.

Explication des résultats et des écarts

La satisfaction à l'égard des pratiques de gestion organisationnelles et de l'environnement de travail est évaluée au moyen d'un sondage administré tous les trois ans. Le dernier sondage, effectué en octobre 2016 auprès de 755 employés, a montré un taux de satisfaction moyen de 78 % à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail. La prochaine collecte de données se fera à l'automne 2019. Toujours aux fins d'amélioration continue, le personnel est invité à remplir annuellement un questionnaire d'appréciation des pratiques de gestion du supérieur immédiat en ce qui concerne la santé et le mieux être. En 2018, 92,6 % des répondants ont mentionné être « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec les énoncés relatifs aux pratiques de gestion de leur supérieur immédiat relativement à ces questions.

En 2017-2018, le taux de mutation se situe à 13,02 %, résultat qui représente une augmentation par rapport à celui de 9,31 % obtenu en 2016-2017. La hausse peut s'expliquer par une meilleure accessibilité aux emplois à l'intérieur même de la fonction publique grâce au système Emplois en ligne, implanté depuis la fin du mois d'octobre 2015. Ce système permet aux employés de recevoir des messages d'alerte quand s'offrent des postes correspondant à 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 personnes qualifiées et, pour plusieurs employés, l'accès à une promotion. Le taux atteint au 31 mars 2018 accuse un retard de 7,02 points de pourcentage la cible fixée pour 2020.

Le MSSS a été soumis, en février 2018, à un audit du Bureau de normalisation du Québec pour l'évaluation du maintien de sa certification Entreprise en santé – Élite, lequel a été confirmé. 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 ces actions figurent la production d'aide-mémoires sur les meilleures pratiques de gestion, l'animation d'ateliers sur le climat de travail, l'organisation de conférences sur les régimes de retraite et 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 RSSS

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats	Cibles	Cibles 2020
		2017-2018		
Taux d'heures supplémentaires	3,42 (hausse de 7,5 %) ¹	4,06 (hausse de 27,7 %) ¹	2,99 (diminution de 6 %) ¹	3,00 (diminution de 5,6 %) ¹
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,92 (diminution de 19,3 %) ²	2,17 (diminution de 8,8 %) ²	1,84 (diminution de 22,7 %) ²	2,25 (diminution de 5,5 %) ²

1. L'atteinte de la cible se calcule par rapport au taux de 3,18 (2014-2015).

2. L'atteinte de la cible se calcule par rapport au taux de 2,38 (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 RSSS, le MSSS entreprend des actions pour améliorer la qualité de vie au travail afin de réduire le recours aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante. Des pourcentages élevés pour ces deux indicateurs signifient que les heures travaillées par l'effectif régulier ne suffisent pas à la demande.

Explication des résultats et des écarts

En 2017-2018, le taux d'heures supplémentaires est de 4,06, soit une hausse de 18,7 % par rapport au taux de 3,42 calculé pour 2016-2017. Ce résultat représente un écart de 35,8 % par rapport à la cible fixée pour 2017-2018 et de 35,3 % par rapport à celle qu'il faudrait atteindre en 2019-2020.

Cette hausse s'explique en partie par l'application de règles de gestion limitant le recours à la main-d'œuvre indépendante et favorisant l'utilisation de la main-d'œuvre du RSSS. D'autre part, la hausse des absences pour invalidité, représentant plusieurs milliers d'heures par année, réduit du même coup le nombre d'employés disponibles. Enfin, la difficulté à quantifier les besoins au regard des effectifs à la suite des réorganisations de services, le développement des soins et des services découlant des récents investissements additionnels dans certains secteurs cliniques et les obligations d'atteindre des objectifs cliniques de performance créent également une plus forte pression sur la demande de main-d'œuvre qualifiée, à laquelle s'ajoute un contexte de rareté.

En ce qui concerne le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante, le résultat de 2,17 obtenu en 2017-2018 représente une hausse de 13,0 % par rapport au taux de 1,92 calculé pour 2016-2017. Ce résultat n'atteint pas la cible de 2017-2018, mais il correspond toutefois à une amélioration puisqu'il dépasse la cible 2020 de 3,6 %.

Cette hausse s'explique en partie par l'augmentation des absences pour invalidité des effectifs réguliers.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Ratio d'heures en assurance salaire	6,94 (hausse de 17 %) ¹	7,42 (hausse de 25,1 %) ¹	6,07 (hausse de 2,4 %) ¹	5,90 (diminution de 0,5 %) ¹

1. L'atteinte de la cible se calcule par rapport au taux de 5,93 (2014-2015).

Mise en contexte

La santé et la sécurité ainsi que la qualité de vie au travail demeureront des préoccupations importantes pendant le prochain exercice, à la fois pour le MSSS et pour les établissements. Le ratio d'heures en assurance salaire correspond au nombre d'heures en assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées par l'ensemble du personnel dans les établissements du réseau. Il 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 et cette absence fait diminuer le nombre d'employés disponibles. Un ratio d'heures en assurance salaire élevé est, par ailleurs, l'expression d'une multitude de facteurs qui ont des effets sur la santé des effectifs, le climat et l'organisation du travail, lesquels se répercutent sur la prestation des services et les coûts afférents.

Explication des résultats et des écarts

En 2017-2018, le ratio d'heures en assurance salaire se situe à 7,42, soit une hausse de 6,9 % par rapport au résultat de 6,94 obtenu en 2016-2017. L'écart est de 22,2 % par rapport à la cible de 6,07 établie pour 2017-2018 et de 25,8 % par rapport à la cible de 5,90 fixée pour 2020. Cette augmentation est observée dans presque tous les établissements du RSSS.

Malgré plusieurs actions mises en place au cours de l'exercice 2017-2018, tant par les établissements que par le MSSS, le ratio a connu une hausse. Ces actions ont notamment touché toute l'organisation (mise en place d'une politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail, promotion du Programme d'aide aux employés et des plans d'action organisationnels, etc.) et les gestionnaires (développement des compétences sur les risques psychosociaux en milieu de travail, mise en place de tableaux de bord, soutien et accompagnement des gestionnaires, etc.). La plupart de ces mesures visent cependant des résultats à moyen et à long terme. Parallèlement, la difficulté d'embauche dans les services de santé et de sécurité au travail ainsi que la perte d'expertise dans ce domaine sont, notamment, les raisons invoquées par les établissements pour justifier la non-atteinte des objectifs.

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 Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2). En simplifiant la structure et la gouvernance RSSS, 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'efficacéité du RSSS, le tout au profit de la population québécoise.

L'objectif d'améliorer la gouvernance et d'alléger la structure d'encadrement du RSSS 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 réduction du personnel d'encadrement, mesurée en équivalent temps complet (ETC), vise non seulement à améliorer l'efficacité et l'efficience du RSSS, mais aussi à alléger les structures administratives.

La fusion des établissements le 1^{er} avril 2015, prescrite dans la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2), a contribué significativement à l'atteinte de l'objectif.

Explication des résultats et des écarts

L'objectif du plan stratégique de réduire le personnel d'encadrement de 1 300 ETC, par rapport aux 11 139 ETC de l'année financière 2013-2014, a été atteint en 2015-2016 alors que le nombre d'ETC dans les établissements visés était de 9 687. Au 31 mars 2018, le nombre de cadres en équivalent temps complet se situe à 8 607, soit une réduction de 2 532 ETC par rapport à l'année financière 2013-2014.

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

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible
		2017-2018		
Pourcentage des établissements ayant déployé leur salle de pilotage stratégique	87 %	Atteint 100 %	Ne s'applique pas	100 % d'ici 2018

Mise en contexte

Le système de salle de pilotage, dont l'engagement personnel 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 s'appuie notamment sur les expérimentations faites dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec financés dans le cadre de l'application de l'approche Lean aux soins de santé.

Explication des résultats et des écarts

Le déploiement des salles de pilotage stratégique dans les établissements du RSSS s'est poursuivi et consolidé jusqu'au 31 mars 2018, pour atteindre le résultat de 100 % des établissements. L'augmentation de la proportion, par rapport à l'année financière 2016-2017, est due à la poursuite de la stratégie consistant à soutenir les établissements du RSSS par de la formation et un accompagnement dans leur démarche relative au déploiement de leur salle de pilotage. Une analyse de la maturité de leur salle de pilotage a été effectuée à l'aide d'une grille standardisée.

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

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat	Cible	Cible 2020
		2017-2018		
Pourcentage des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvertes par le financement axé sur le patient	9,4 %	9,5 %	Ne s'applique pas	80 %

Mise en contexte

Dans un souci d'assurer des soins efficaces, le MSSS s'est engagé dans une réforme importante en introduisant le mode de financement axé sur les patients (FAP), qui remplace celui de type historique actuellement en vigueur. Selon le mode de financement historique, les ressources sont allouées en fonction des budgets indexés des années précédentes, tandis que 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 qui y sont attribuées sont réparties en fonction des patients traités, des types de services fournis et du volume de ceux-ci. C'est donc le service rendu aux patients qui détermine le financement qu'obtiennent les établissements de santé.

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2018, 9,5 % des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale étaient couvertes par le FAP. Ce résultat représente 240 millions de dollars sur un total de 2,53 milliards, dont 2,05 milliards 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 qui y sont inférieurs 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, à hauteur de 7,9 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 2019 et l'augmentation du financement du programme d'accès à la chirurgie est aussi prévue pour cette date.

Il faut mentionner que le mode de financement à l'activité a aussi été utilisé pour les traitements de radio-oncologie, pour un montant de plus de 90 millions de dollars, mais ces traitements ne sont pas pris en compte par l'indicateur.

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

Indicateur	Résultat 2016-2017	Cible
Nombre de cliniciens en première ligne ayant adhéré au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME)	Atteint en 2016-2017	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 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), vise à favoriser l'adoption des dossiers médicaux électroniques par les médecins de famille travaillant en première ligne.

Les avantages du 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'examen redondants ainsi que meilleure gestion des résultats de laboratoire et des autres tests diagnostiques.

Explication des résultats et des écarts

Le MSSS et la FMOQ ont convenu de mettre fin, le 31 août 2016, au Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique. Les cibles inscrites dans le Plan stratégique 2015-2020 en ce qui concerne l'adhésion des médecins et celle qui a trait aux infirmières sont atteintes et même dépassées.

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats	Cibles	Cibles 2020
		2017-2018		
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	100 %	100 %	Ne s'applique pas	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	6 %	9 %	Non disponible	100 %

Mise en contexte

Le déploiement de la solution informatique Dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net se rattache à l'une des cibles de l'orientation stratégique qui concerne les technologies de l'information : « Des systèmes d'information unifiés ». Il traduit la volonté du MSSS de réduire la diversité des systèmes d'information utilisés dans le RSSS et d'uniformiser les pratiques sur les plans clinique, financier et administratif. Le DCI Cristal-Net favorisera la vue transversale des données de santé d'un usager, incluant celles du Dossier santé Québec (DSQ), ainsi que la normalisation des données cliniques, et ce, au bénéfice des cliniciens du RSSS et de l'ensemble des usagers. Il permet également l'accès à un dossier centralisé d'un établissement pouvant être consulté simultanément par différents intervenants autorisés. En tout temps, la protection des renseignements personnels des usagers est assurée grâce à une gestion sécurisée de l'information.

Seuls les renseignements prévus par la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (RLRQ, chapitre P-9.0001) peuvent être recueillis par le DSQ. Ceux-ci sont regroupés sous six domaines cliniques : Médicament, Laboratoire, Imagerie médicale, Immunisation, Allergie et intolérance et Sommaire d'hospitalisation.

Explication des résultats et des écarts

Depuis 2015-2016, 100 % des installations des établissements publics qui ont une mission de centre hospitalier (CH) peuvent consulter au moins un des domaines de renseignements du DSQ.

Le déploiement du DCI Cristal-Net dans un établissement requiert au préalable la mise en place de plusieurs autres systèmes d'information qui sont propres à cet établissement, selon son contexte. L'ensemble de ces systèmes forme l'écosystème Cristal-Net.

Le DCI Cristal-Net est présentement utilisé par 9 % des établissements publics, soit le Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval, l’Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval et, depuis 2017-2018, l’Hôpital Notre-Dame du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal. Le déploiement de Cristal-Net se poursuit dans les 30 autres établissements visés et le déploiement technologique de cette solution informatique est en cours dans 7 d’entre eux.

Le plan de déploiement comprend quatre phases : la phase préparatoire au déploiement (phase 0); l’implantation de la solution Cristal-Net dans une première installation (phase 1); l’implantation dans les autres installations du même établissement (phase 2); le retour à la conformité pour les installations qui auraient implanté la solution Cristal-Net dans des conditions autres que celles énoncées dans la planification (phase 3). Au 31 mars 2018, tous les établissements ont démarré leur phase préparatoire au déploiement, ce qui est conforme à la planification du MSSS. Des rencontres, auxquelles s’ajoute un suivi hebdomadaire, ont réuni la majorité des établissements pour traiter notamment de la planification, de l’organisation et de la mise en œuvre du DCI.

Le déploiement de la solution Cristal-Net est influencé par les quatre facteurs suivants :

- la planification détaillée, laquelle prévoit la mise en place d’une équipe locale qui soutiendra les équipes cliniques durant les travaux d’implantation;
- la réorganisation des processus cliniques et clinico-administratifs assurée par un soutien en gestion du changement avant, pendant et après la mise en production de la solution informatique;
- la réalisation des travaux préalables et nécessaires à l’installation de la solution Cristal-Net;
- la capacité de répondre aux besoins cliniques des établissements où la solution s’implante. La durée de l’implantation varie selon la capacité des établissements à prendre en charge et à s’approprier ces quatre facteurs de succès.

Par ailleurs, certaines fonctionnalités demandées par les établissements devront être développées, alors que d’autres existent, mais doivent être améliorées pour pouvoir répondre entièrement aux besoins exprimés par les cliniciens. Afin de favoriser l’adhésion au DCI des cliniciens qui travaillent dans les établissements, un plan de développement et d’évolution de la solution a été convenu. Il comprend le développement ou l’amélioration de 42 fonctionnalités qui permettront d’obtenir un DCI fonctionnel, efficace et performant.

Le nombre d’établissements qui utiliseront le DCI augmentera donc d’année en année. Une stratégie d’accélération du déploiement de la solution a été adoptée, en mars 2018, afin que tous les établissements visés entreprennent rapidement les travaux préparatoires à l’implantation du DCI. Cette stratégie repose d’abord sur la conciliation développement-déploiement, par laquelle on s’assure d’implanter une solution apportant une valeur ajoutée au travail des cliniciens, puis sur le soutien à offrir aux équipes internes des établissements en ce qui concerne la manière la plus efficace de préparer l’implantation du DCI dans leur établissement.

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. Par ailleurs, certaines cibles sont qualifiées de « Ne s'applique pas » 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

Le MSSS a défini plusieurs cibles au regard de la gestion écoresponsable, auxquelles se rattachent des activités lui permettant de contribuer à l'atteinte des cibles gouvernementales en cette matière. Il s'avère 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. Le MSSS a aussi choisi d'améliorer ses pratiques relatives aux déplacements professionnels en favorisant l'utilisation des modes de transport collectifs par ses employés et en augmentant la proportion des véhicules électriques dans son parc de véhicules légers. Enfin, il vise l'augmentation de ses acquisitions écoresponsables d'ici 2020.

Activités courantes de gestion administrative

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Cibles
1.1 Révision des pratiques en gestion des matières résiduelles du MSSS	Atteint	Atteint	Pratiques révisées au 31 mars 2017
1.2 Pourcentage du personnel sensibilisé aux pratiques en gestion des matières résiduelles	Atteint	Atteint	100 % au 31 mars 2017

Explication des résultats

En 2017-2018, le MSSS a continué d'appliquer ses pratiques de gestion des matières résiduelles telles qu'elles ont été modifiées en 2016-2017. Le personnel a été sensibilisé au bon tri des matières résiduelles, adapté à leur immeuble, ainsi qu'à la réduction des déchets.

Transport et déplacements des employés

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Cibles
1.3 Pourcentage de directions générales qui offrent l'accès à des billets d'autobus pour les déplacements professionnels intra-urbains	Atteint	Atteint	100 % au 31 mars 2017
1.4 Pourcentage des déplacements professionnels intra-urbains effectués en autobus	Non disponible	Non disponible	Augmentation au 31 mars 2020 par rapport à 2015-2016

Explication des résultats

La comptabilisation des déplacements en taxi et en autobus effectués en 2015-2016 a permis d'établir que 3 % des déplacements se faisaient par ce dernier mode de transport. Afin d'en augmenter la proportion, le MSSS a décidé de faciliter l'accès à l'autobus en offrant des billets.

Au cours de l'année 2016-2017, toutes les directions générales se sont procuré des billets d'autobus qu'elles pouvaient remettre aux employés pour leurs déplacements professionnels, comme elles le font avec les coupons de taxi. Cette pratique s'est poursuivie en 2017-2018, mais la proportion des déplacements en autobus n'a pas encore été calculée. Près de 584 billets d'autobus ont été utilisés pendant cette même année financière, comparativement à 158 en 2015-2016.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat 2017-2018	Cible
1.5 Pourcentage de véhicules électriques dans la flotte ministérielle	13 % ¹ (augmentation de 4 véhicules)	59 % (augmentation de 15 véhicules)	Augmentation au 31 mars 2020 par rapport à 2015-2016

1. Le résultat de 2016-2017 a été arrondi à 13 %.

Explication des résultats

Au 31 mars 2018, le MSSS comptait 19 véhicules électriques dans sa flotte de 32 véhicules. Le remplacement des véhicules à essence par des véhicules électriques se fait graduellement, à l'échéance des contrats de location. Dans la prochaine année financière, d'autres véhicules s'ajouteront.

Technologies de l'information et des communications

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat 2017-2018	Cible
1.6 Pourcentage du plan de travail visant l'intégration de pratiques écoresponsables en technologies de l'information mis en œuvre	38 %	54 %	100 % au 31 mars 2020

Explication des résultats

En 2015-2016, le MSSS s'est doté d'un plan de travail visant l'intégration de pratiques écoresponsables dans les technologies de l'information. Ce plan de travail compte treize actions à mener d'ici 2020. Il est maintenant réalisé à 54 %, c'est-à-dire que sept actions ont été accomplies, dont deux en 2017-2018.

La première action concernait l'économie d'encre. Le MSSS a évalué la possibilité d'adopter la police EcoFont pour ses documents. Il a conclu que cette police augmente l'utilisation de papier, étant donné l'espacement plus grand entre les caractères, et qu'elle peut s'avérer moins nette à l'écran que les autres fontes en usage dans ses bureaux. Le MSSS a finalement opté pour la police Calibri, qui figure parmi les plus performantes au regard de la consommation d'encre et qui se lit aisément.

La deuxième action accomplie en 2017-2018 visait la sensibilisation du personnel au développement durable. Des messages ont été diffusés sur la page d'accueil de l'intranet ministériel. Les sujets traités ont été l'impression responsable, les événements écoresponsables ainsi que les façons de mieux consommer l'énergie et l'électricité. De plus, les employés ont été incités à mettre, au bas de leurs courriels, une mention suggérant aux destinataires de ne pas les imprimer.

Communications gouvernementales et organisation d'événements

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Cibles
1.7 Diffusion du guide ministériel sur les événements écoresponsables	Atteint	Atteint	Guide diffusé au 31 mars 2017
1.8 Pourcentage des directions sensibilisées au guide	Atteint	Atteint	100 % au 31 mars 2017
1.9 Pourcentage des événements ciblés réalisés de manière écoresponsable	Non disponible	94 %	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 en 2016-2017. Pour accompagner l'application du guide, le MSSS a produit un aide-mémoire, où l'on trouve des critères permettant de qualifier un événement d'écoresponsable, et a sensibilisé les employés à son utilisation lorsqu'ils organisent des événements.

L'année financière 2017-2018 marque également le début de l'application obligatoire de l'aide-mémoire pour les événements ciblés, c'est-à-dire ceux dont se charge la Direction des communications (conférences de presse nationales et événements d'envergure). En 2017-2018, ce sont 94 % de ces événements qui ont été organisés de manière écoresponsable (9 réunions ou événements d'envergure sur 10 et 25 conférences de presse nationales sur 26). Ce résultat, qui est supérieur à la cible établie pour 2020, témoigne de la volonté du MSSS d'intégrer les pratiques écoresponsables dans ses activités.

Marchés publics

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Cibles
1.10 Élaboration du portrait des acquisitions effectuées au MSSS	Atteint	Atteint	Portrait élaboré au 31 mars 2017
1.11 Adoption et diffusion d'une politique interne d'acquisitions écoresponsables	Ne s'applique pas	Non atteint	Politique adoptée et diffusée au 31 mars 2018
1.12 Pourcentage du personnel ciblé, sensibilisé à la politique ministérielle d'acquisitions écoresponsables	Ne s'applique pas	Non atteint	100 % au 31 mars 2018
1.13 Pourcentage des produits catalogués écoresponsables acquis	30 %	37 %	Augmentation au 31 mars 2020 par rapport à 2016-2017

Explication des résultats

En 2017-2018, 37 % des produits catalogués qui ont été acquis par l'intermédiaire du Centre de services partagés du Québec étaient écoresponsables. Ainsi, 2 852 des 7 691 commandes correspondaient à au moins 1 des 18 critères d'écoresponsabilité établis par le Centre. Ce résultat représente une augmentation de 23 % par rapport à l'exercice financier précédent. Les critères auxquels les produits ou les services acquis répondent le plus sont les suivants : provenir d'une entreprise qui a des pratiques environnementales et sociales certifiées ou vérifiées (876 cas) et être issus de la gestion responsable des ressources naturelles ou bioalimentaires (512 cas).

Parmi les produits catalogués écoresponsables, le MSSS se procure notamment du papier et des fournitures de bureau. Il a également choisi des lieux d'hébergement écoresponsables, dans la majorité des cas catalogués (78 %).

En vue de définir les orientations qui permettront d'améliorer la proportion des acquisitions faites de manière écoresponsable, le MSSS a élaboré une politique interne d'acquisitions écoresponsables qui a été adoptée le 15 mai 2018.

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

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Cibles
2.1 Réorganisation de la section Développement durable sur le site Web du MSSS	Ne s'applique pas	Atteint	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	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Site Web bonifié au 31 mars 2019

Mise en contexte

Afin d'améliorer ses activités de communication en matière de développement durable, le MSSS a réorganisé la section « Développement durable » de son site Web. Cette modification visait à mettre en valeur le savoir-faire et les initiatives favorables au développement durable prises au MSSS et dans le réseau.

Explication des résultats

En 2017-2018, la section « Développement durable » du site Web du MSSS a été mise à jour et placée sous la section « Ministère » afin d'être plus facilement accessible pour les citoyens et les professionnels de la santé. Cette section présente des informations sur la mise en œuvre du développement durable au MSSS et dans le réseau.

L'amélioration de la section « Développement durable » se poursuivra, dans le but d'accroître les connaissances des professionnels et des citoyens sur certaines thématiques de santé ayant un lien avec le développement durable.

Le contenu de cette section est consultable à l'adresse suivante :

<http://msss.gouv.qc.ca/professionnels/developpement-durable/info-developpement-durable/developpement-durable-au-msss/>.

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

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Cibles
3.1 Diffusion d'une offre de soutien aux directions concernant la PCPDD	Atteint	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	Ne s'applique pas	Atteint	Section intégrée au 31 mars 2018
3.3 Pourcentage des actions structurantes présentées au CODIR qui ont fait l'objet d'une PCPDD	Ne s'applique pas	17 %	Augmentation au 31 mars 2019 par rapport à 2017-2018

Mise en contexte

La prise en compte des principes du développement durable (PCPDD) vise à mieux intégrer le développement durable dans les sphères d'intervention au MSSS. C'est aussi un outil d'aide à la décision qui comprend 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.

Explication des résultats

En 2017-2018, le MSSS a intégré une section « Développement durable » dans le modèle de fiche utilisé à l'intention du Comité de direction (CODIR) du MSSS. Les directions doivent indiquer sur chaque fiche si la PCPDD a été effectuée.

Cette même année financière, 17 % des actions structurantes déposées au CODIR pour approbation ont fait l'objet d'une prise en compte des principes du développement durable. On entend par *action structurante* une action relative à l'élaboration ou à la révision de projets de lois, règlements, politiques, orientations, cadres de référence, lignes directrices, stratégies et plans d'action. Le MSSS souhaite voir augmenter le pourcentage au cours des prochaines années.

En 2016-2017, une offre de soutien à l'exercice de la PCPDD a été acheminée à toutes les directions générales. En 2017-2018, le MSSS a adapté à son contexte l'outil produit par le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques. Cet outil a été présenté au comité de direction de cinq directions générales du MSSS pour en favoriser l'appropriation par les gestionnaires et les y sensibiliser. La présentation se poursuivra en 2018-2019.

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	Résultats 2017-2018	Cibles
4.1 Nombre d'activités de sensibilisation au développement durable réalisées	Atteint 7	Atteint 6	2 annuellement
4.2 Pourcentage des nouveaux employés sensibilisés au développement durable	Atteint 100 %	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 dans leur quotidien, particulièrement au travail.

Explication des résultats

En 2017-2018, le MSSS a réalisé six activités de sensibilisation, dont des capsules d'information accessibles par tous les employés puisqu'elles figurent sur la page d'accueil de son réseau intranet. Ces capsules portent notamment sur les transports collectifs et actifs, des thématiques liées à l'environnement ou la tenue d'événements écoresponsables. De plus, le MSSS participe 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 l'un de ses lieux de travail. Enfin, la chorale du MSSS offre deux concerts par année aux employés.

Enfin, avec l'objectif de sensibiliser les employés dès leur entrée en poste, ces derniers reçoivent un courriel de bienvenue dans lequel le MSSS explique non seulement son engagement en matière de développement durable, mais aussi comment l'employé peut lui aussi s'engager. En 2017-2018, 100 % des nouveaux employés ont reçu le courriel en plus d'avoir été sensibilisés au sujet par une présentation au cours de la journée d'accueil organisée à leur intention en mai 2017.

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	Résultat 2017-2018	Cible
5.1 Intégration de la dimension culturelle dans la mention d'excellence du ministre en développement durable	Ne s'applique pas	Atteint	Dimension intégrée au 31 mars 2018

Mise en contexte

Outre qu'elle constitue un vecteur de cohésion sociale, la culture favorise le développement social et économique des milieux de vie. En ce sens, elle peut contribuer de façon positive à la santé et aux services sociaux, en plus d'encourager l'innovation. Ainsi, afin de promouvoir la culture dans les soins et les services des établissements, le MSSS veut ajouter la dimension culturelle à la mention d'excellence du ministre en matière de développement durable, accordée à l'occasion de la remise des Prix d'excellence du RSSS. Par cette action, le MSSS contribue à la réalisation de l'objectif 10 de l'Agenda 21 de la culture du Québec.

Explication des résultats

En 2017-2018, la mention d'excellence du ministre en matière de développement durable a été transformée en prix d'excellence. Le MSSS a donc révisé le processus de mise en candidature et de sélection relativement au prix d'excellence en développement durable, notamment en y intégrant une dimension culturelle. Pour juger de la pertinence de la dimension culturelle, les répondants sont invités à se référer à la définition que l'UNESCO donne de la culture. À titre d'exemple, il peut s'agir soit d'une action qui concerne le respect de la diversité, l'identité ou le dialogue interculturel, soit d'une action qui fait la promotion des ressources culturelles ou du soutien à la créativité et à l'innovation. Deux points, sur un total de cent, sont octroyés si le projet présente une dimension culturelle.

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	Résultats 2017-2018	Cibles
6.1 Collecte d'information sur l'état actuel des pratiques en matière d'approvisionnement responsable dans les établissements publics	Atteint	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	Atteint	Comité formé au 31 mars 2018 ¹
6.3 Diffusion du CRAR dans les établissements publics	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Cadre diffusé au 31 mars 2019

1. L'échéance était initialement fixée au 31 mars 2017. Elle a été repoussée au 31 mars 2018, de façon à ce que les concertations avec les diverses parties prenantes puissent avoir lieu préalablement à la mise en place du comité.

Mise en contexte

Le RSSS a une responsabilité sociale d'envergure et, par son pouvoir d'achat élevé, il a aussi une grande capacité d'influence sur les 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, il prévoit développer et diffuser, en collaboration avec les établissements, un cadre de référence en matière d'approvisionnement responsable, notamment avec l'objectif d'amener le marché à lui offrir plus d'options responsables.

Explication des résultats

La Table en approvisionnement responsable, formée à l'automne 2017, réunit différents représentants du MSSS et du RSSS. Les travaux relatifs à l'élaboration du cadre de référence sont en cours. Des sous-comités de la Table en approvisionnement responsable ont été formés afin de traiter des aspects particuliers de l'approvisionnement responsable tels que la définition, la revue du marché actuel et l'analyse de secteurs en vue de l'implantation du cadre de référence. Différents organismes sont aussi sollicités pour développer le cadre de référence, dont notamment l'ECPAR, l'Université de Sherbrooke ainsi que le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques.

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

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat 2017-2018	Cible
7.1 Amorçage de l'étude des possibilités de rendre les traitements de suppléance rénale dispensés en établissement plus respectueux de l'environnement	Ne s'applique pas	Atteint	Étude amorcée au 31 mars 2018

Mise en contexte

Les orientations ministérielles portant sur les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales, publiées en 2015, contiennent une demande relativement à la mise à jour du guide d'aménagement de l'unité de suppléance rénale. 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 le guide, à l'occasion de sa révision. Cette démarche vise à rendre les soins et les services plus respectueux de l'environnement et à améliorer l'utilisation des ressources financières par l'adoption de pratiques relevant d'une gestion écoresponsable.

Explication des résultats

En 2017-2018, deux rencontres ont été organisées afin de planifier l'intégration du développement durable dans le guide d'aménagement de l'unité de suppléance rénale. Un plan de travail a été discuté et est en préparation. De plus, afin de mieux comprendre ce qu'impliquent des soins de dialyse donnés dans un établissement, les responsables du contenu de ce guide ont visité l'unité de dialyse de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat 2017-2018	Cible
7.2 Pourcentage de nouveaux patients traités par des modes de traitement autonomes	Non disponible	23 % ¹	25 % au 31 mars 2019

1. Ce résultat couvre la période allant d'avril à septembre 2017.

Mise en contexte

Les orientations ministérielles relatives à la suppléance rénale fixent, pour les nouveaux usagers traités par dialyse autonome, les taux de 25 % à atteindre en 2019 et de 40 % à atteindre en 2025. Les dialyses dites *en mode autonome* peuvent être faites à domicile. Il en existe deux types : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse. 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, qui a 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

Après la publication des orientations ministérielles, les établissements ont dû fournir, en mars 2016, leur plan d'action triennal concernant l'intégration de ces orientations dans leurs pratiques. Depuis, le MSSS a effectué un suivi sous forme d'évaluation écrite et demandé une auto-évaluation aux établissements. Aux fins de celle-ci, qui a eu lieu en septembre 2017, les établissements ont produit des statistiques relativement aux cibles précédemment mentionnées. Selon les dernières données disponibles, 23 % des nouveaux patients ont été traités en dialyse par des modes autonomes, soit environ 240 nouveaux patients. La cible fixée pour 2019 semble atteignable puisque 9 établissements sur 25 (36 %) l'ont déjà atteinte et que la proportion des nouveaux patients se situe à 15 % dans 9 établissements sur 25 (36 %).

Au cours de la prochaine année, le MSSS communiquera avec chaque établissement pour voir dans quelle mesure ceux qui en ont besoin peuvent être soutenus en vue d'atteindre la cible nationale.

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 2017-2018	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	Atteint 85 % ¹	80 % au 31 mars 2018

1. Ce résultat couvre l'année financière 2016-2017.

Mise en contexte

Afin de promouvoir la santé et la sécurité des milieux de vie, le MSSS mène différentes actions dans le cadre de la prévention et du contrôle des infections. La prévention prend beaucoup d'importance quand il s'agit du retraitement des dispositifs médicaux (RDM), qui concerne le pré-nettoyage, 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 que le RDM peut poser 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 liés aux dispositifs médicaux.

Dans ce contexte, l'Institut national de santé publique du Québec a été mandaté en 2012, par le MSSS, pour concevoir le rapport d'analyse des incidents et des accidents liés au retraitement des dispositifs médicaux, dans le but d'en faire la surveillance.

Explication des résultats

Les résultats de la surveillance des incidents et des accidents liés au RDM survenus au Québec entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017 sont présentés dans le rapport d'analyse de l'Institut national de santé publique du Québec; 29 des 34 établissements (85 %) y ont participé. Ce rapport fait état d'un total de 3 476 événements indésirables liés au RDM, ayant touché 545 usagers. Parmi ces événements, 2 933 (84 %) étaient des incidents et 543 (16 %) des accidents.

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	Résultats 2017-2018	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	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	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Rapport rédigé et diffusé au 31 mars 2019

Mise en contexte

Afin d'assurer tant la prévention que la promotion de la santé et de la sécurité dans les milieux de vie, le MSSS désire évaluer les pratiques liées à l'entretien, plus précisément les pratiques de nettoyage et de désinfection (appareil de dilution, techniques de nettoyage, équipements, etc.) dans les établissements publics du réseau. L'évaluation a pour but de déterminer les effets qu'ont ces pratiques sur l'environnement et la santé afin de pouvoir informer les établissements des précautions à prendre pour réduire les effets néfastes, le cas échéant. Les pratiques relatives à l'utilisation des fournitures distribuées par les services d'hygiène et salubrité (le papier à main, par exemple) seront également analysées. Parallèlement, il faut sensibiliser les utilisateurs à la nécessité de consommer les ressources de manière responsable.

Explication des résultats

En 2017-2018, un sondage sur les pratiques de nettoyage, de désinfection et d'utilisation des fournitures des établissements publics a été préparé, mais il n'a pas encore été diffusé.

Le sondage a d'abord été présenté au Groupe de travail en hygiène et salubrité pour commentaires, puis validé par les membres du comité responsable de sa conception et un groupe de testeurs membres principalement de l'exécutif de l'Association hygiène et salubrité en santé. Enfin, il a été informatisé par l'entremise du logiciel SurveyMonkey.

Le sondage sera envoyé aux établissements publics ayant l'une des trois missions suivantes : CH, CLSC et CHSLD. Un autre sondage, plus général, sur les pratiques durables et l'empreinte écologique sera diffusé au même moment. Les documents relatifs à l'envoi des sondages ont été préparés et transmis aux directeurs des services techniques du réseau.

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	Résultats 2017-2018	Cibles
10.1 Formation du réseau de répondants en développement durable	Atteint	Atteint	Réseau formé au 31 mars 2017
10.2 Formation du groupe d'accompagnement-conseil du réseau	Atteint	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	Ne s'applique pas	Atteint	Plan d'action adopté au 31 mars 2018
10.4 Pourcentage d'établissements publics ayant entrepris une démarche de développement durable	Ne s'applique pas	13 %	25 % au 31 mars 2020 ¹
10.5 Mise en œuvre du plan d'action du groupe d'accompagnement-conseil	Ne s'applique pas	33 %	100 % au 31 mars 2020

1. Cette cible a été déterminée en 2018, à partir du portrait brossé plus tôt au cours de l'exercice financier.

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 d'un plan d'action de développement durable, le MSSS souhaite tout de même les appuyer dans l'adoption de démarches à ce sujet puisque leur participation demeure essentielle.

Explication des résultats

En 2017-2018, le MSSS a travaillé à la promotion du développement durable dans les établissements du RSSS et à l'élaboration d'actions concrètes visant à les soutenir. Ainsi, deux rencontres ont eu lieu avec le réseau de répondants en développement durable, pendant lesquelles une attention particulière a été portée aux besoins des établissements au regard de la structuration de leur démarche relative au développement durable.

À la suite de la première rencontre de ce réseau de répondants, le groupe d'accompagnement-conseil en développement durable pour le RSSS, créé en 2016-2017, s'est lui aussi réuni. Un plan d'action a été élaboré pour la période 2017-2020. Des actions prévues pour 2017-2018, deux sur trois ont été réalisées. Le plan d'action en comportant six, il est actuellement mis en œuvre à 33 %.

Les actions réalisées concernent l'élaboration d'une grille de diagnostic pour les répondants de développement durable. Cette grille met en lumière une série d'actions contribuant au développement durable qui peuvent être faites dans les établissements, selon différentes thématiques et sous forme de liste à cocher. Certaines thématiques étant liées au bâtiment, une grille personnalisée a été remise à chaque établissement pour qu'il puisse compiler les résultats pour chacune de ses installations et avoir un aperçu global de sa situation.

Aussi, un sondage reprenant plusieurs éléments de la grille de diagnostic a été préparé à l'automne 2017 et mené à l'hiver 2018 afin de connaître l'état d'avancement des démarches relatives au développement durable dans le réseau. Il a révélé que, selon les nouveaux critères établis par le MSSS, en cohérence avec les critères gouvernementaux, 13 % des établissements du RSSS ont entrepris une démarche de développement durable.

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	Résultats 2017-2018	Cibles
11.1 Diffusion d'un guide portant sur la gestion des matières résiduelles	Atteint	Atteint	Guide diffusé au 31 mars 2017
11.2 Réalisation d'activités de promotion de la saine gestion des matières résiduelles	Ne s'applique pas	Atteint	Au moins 2 activités annuellement

Mise en contexte

La gestion des matières résiduelles a beaucoup de conséquences, à la fois pour les établissements et pour les collectivités. Par son action visant à promouvoir une saine gestion de ces matières dans les établissements de son réseau, le MSSS désire faire la promotion des milieux de vie sains et, en même temps, soutenir ces établissements dans leurs démarches. La sensibilisation du personnel des établissements et des usagers s'avère 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

Le Guide de gestion des déchets du RSSS a été mis en ligne sur le site Web du MSSS en 2016-2017. Dans le but de promouvoir la saine gestion des matières résiduelles, il a été présenté le 26 octobre 2017, à l'occasion d'une conférence sur cette thématique tenue dans les établissements de santé et de services sociaux. De plus, une communication a été envoyée à tous les répondants de développement durable du RSSS afin de les sensibiliser à la saine gestion du matériel électronique arrivé à la fin de sa vie utile.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 6

ASSURER L'AMÉNAGEMENT DURABLE DU TERRITOIRE ET SOUTENIR LE DYNAMISME DES COLLECTIVITÉS

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	Résultats 2017-2018	Cibles
12.1 Mise à jour du cadre de gestion des infrastructures en vue d'intégrer les critères d'écoresponsabilité	Ne s'applique pas	Atteint	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)	Atteint	Diffusion d'un guide portant sur l'adaptation aux changements climatiques au 31 mars 2018 ¹
12.3 Détermination des problématiques associées aux changements climatiques qui touchent le cadre bâti existant dans le réseau	Ne s'applique pas	Atteint	Problématiques déterminées au 31 mars 2018
12.4 Suivi des projets d'adaptation aux changements climatiques dans le réseau	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Suivi effectué au 31 mars 2019

1. La cible a été déterminée au cours de l'année financière 2017-2018 selon les principaux projets prioritaires visant à améliorer les connaissances des partenaires dans le RSSS relativement à l'adaptation aux changements climatiques.

Mise en contexte

Le parc immobilier du RSSS est important, diversifié et réparti dans toutes les régions du Québec. Les bâtiments qui le composent 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. L'action par laquelle le MSSS veut encourager l'adoption de pratiques écoresponsables dans la gestion des infrastructures de du RSSS vise donc à soutenir la normalisation des mesures d'adaptation de celles-ci aux changements climatiques, dans un souci d'assurer la continuité des soins et des services à la population de manière optimale. Ainsi, le MSSS doit intégrer, dans sa gestion des infrastructures, de nouvelles pratiques qui permettront de diminuer la vulnérabilité des collectivités aux changements climatiques. Il vise notamment le transfert des connaissances pour soutenir ses partenaires dans le RSSS en matière d'adaptation aux changements climatiques.

Explication des résultats

En 2017-2018, les travaux relatifs à la mise à jour du cadre de gestion des infrastructures en vue d'y intégrer les critères d'écoresponsabilité ont été complétés. En collaboration avec l'ensemble des intervenants engagés dans la mise en œuvre des programmes fonctionnels pour les projets d'investissements, des exercices de prise en compte des seize principes de la Loi sur le développement durable (RLRQ, chapitre D-8.1.1) ont été réalisés. La prise en compte des critères d'écoresponsabilité a alors été faite dans le cadre de quatre projets d'investissements.

Le MSSS a produit un guide intitulé « Changements climatiques : vulnérabilité et adaptation des immeubles » afin d'améliorer les connaissances des partenaires dans le RSSS sur l'adaptation aux changements climatiques. Ce guide a été publié au mois d'août 2017 et il est désormais consultable sur le site Web du MSSS. En plus de traiter des problématiques associées aux changements climatiques qui touchent le cadre bâti existant dans le RSSS, il présente un tableau du profil théorique de la vulnérabilité des immeubles. Par ailleurs, dans le cadre des travaux sur la mise en œuvre du plan d'action pour l'adaptation des immeubles du RSSS se trouvant dans des îlots de chaleur urbains, deux séances de formation ont été données aux responsables des établissements que cette problématique concerne.

Objectif gouvernemental 8.1

Améliorer l'efficacité énergétique

ACTION 13 Soutenir la réduction des émissions de gaz à effet de serre du RSSS 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'énergies renouvelables. Afin de souscrire aux attentes gouvernementales en la matière, le MSSS veut favoriser tant la réalisation de projets visant l'efficacité énergétique que l'utilisation d'énergies renouvelables dans le but de diminuer les émissions de gaz à effet de serre (GES) dans le RSSS. Pour ce faire, le MSSS articule ses efforts autour des quatre axes qui suivent.

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

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Cibles
13.1 Pourcentage d'établissements ayant réalisé l'inventaire des installations de production de chaleur au mazout lourd	Non atteint	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	Ne s'applique pas	Non atteint	Plan élaboré au 31 mars 2018
13.3 Nombre d'installations de production de chaleur au mazout lourd	Non disponible	Non disponible	Diminution au 31 mars 2019 par rapport à 2016-2017

La réduction de l'utilisation du mazout léger

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat 2017-2018	Cible
13.4 Diffusion d'une directive sur l'utilisation du mazout léger	Non atteint	Non atteint	Directive diffusée au 31 mars 2017

Mise en contexte

Les deux premiers axes sur lesquels le MSSS veut agir afin de réduire les émissions de GES du RSSS sont la diminution du nombre d'installations de production de chaleur utilisant le mazout lourd et la réduction de l'utilisation du mazout léger. Ils s'accordent avec la priorité 11 du Plan d'action sur les changements climatiques (PACC) 2013-2020, qui prévoit le remplacement, d'ici 2020, des systèmes de chauffage utilisant le mazout, lourd ou léger, comme source d'énergie principale par des systèmes fonctionnant aux énergies renouvelables.

Explication des résultats

Avant de réduire le nombre d'installations au mazout lourd, il faut en faire l'inventaire. Le 16 juin 2016, les cibles énergétiques à atteindre ont été présentées à tous les directeurs des services techniques des établissements du RSSS. L'inventaire des installations n'a pas encore commencé. Conséquemment, l'élaboration du plan national d'action de remplacement des installations de production de chaleur au mazout lourd 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 des besoins de redondance (quand un équipement brise ou que survient une interruption de l'alimentation en électricité ou en gaz naturel) pendant une rencontre qui a eu lieu le 16 juin 2016. La diffusion de la directive concernant l'utilisation du mazout léger a été reportée à l'année financière 2018-2019.

L'évaluation de projets en matière d'efficacité énergétique

Indicateur	Résultat 2016-2017	Résultat 2017-2018	Cible
13.5 Évaluation de projets en matière d'efficacité énergétique	Atteint 6 projets évalués	Atteint 4 projets évalués	Annuellement

Mise en contexte

Afin de favoriser l'efficacité énergétique et l'utilisation d'énergies renouvelables, le MSSS sensibilise le RSSS à ces questions, évalue les projets en matière d'efficacité énergétique afin qu'ils puissent être mis en œuvre et effectue le bilan énergétique de ses installations.

Explication des résultats

En 2017-2018, quatre nouveaux projets en matière d'efficacité énergétique ont été réalisés, pour un investissement total de 13,5 millions de dollars et des économies d'énergie annuelles de 1,95 million de dollars.

L'amélioration des connaissances sur la consommation énergétique des immeubles

Indicateurs	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Cibles
13.6 Pourcentage d'établissements ayant réalisé l'inventaire des installations utilisant un système de suivi de la consommation énergétique	Non atteint	Non atteint	100 % au 31 mars 2017
13.7 Rédaction et diffusion de recommandations sur les systèmes de suivi de la consommation énergétique	Ne s'applique pas	Non atteint	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	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Suivi effectué au 31 mars 2020

Mise en contexte

Afin de mieux connaître la consommation énergétique des établissements du RSSS et de concevoir les projets adéquats en matière d'efficacité énergétique et d'énergie renouvelable, il est nécessaire d'avoir un portrait juste des installations.

Explication des résultats

En 2017-2018, les établissements du RSSS n'ont pas encore commencé l'inventaire des installations utilisant un système de suivi de leur consommation énergétique parce que les budgets qui permettraient aux établissements d'installer de tels systèmes n'ont pas été autorisés. L'échéance de la cible qui concerne cet indicateur est donc repoussée à l'année prochaine. Il en va de même pour la cible relative à la rédaction et à la diffusion de recommandations sur ces systèmes, actions qui pourront être réalisées seulement une fois qu'un portrait fiable de la consommation énergétique du RSSS aura été établi à ce sujet.

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 (RLRQ, chapitre L-6.2) et les inspections liées à son application.

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

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

D'avril 2017 à mars 2018, le MSSS a répondu à un total de 3 828 demandes de renseignements. Il s'agit de demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponse. On observe un nombre quasi identique à celui de l'année financière précédente.

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

Mode de communication	2016-2017	2017-2018
Appel téléphonique	2 628 (69 %)	2 569 (67 %)
Courriel	1 199 (31 %)	1 259 (33 %)
Total	3 827 (100 %)	3 828 (100 %)

Le téléphone demeure le moyen de communication le plus fréquemment utilisé (67 %) pour les demandes de renseignements, devant les courriels (33 %), qui ont connu une légère augmentation (2 %) en 2017-2018 par rapport à l'exercice financier précédent.

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 du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, et ce, dans un délai de trois minutes selon sa déclaration de services aux citoyens.
- Les demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponse sont transférées à la boîte vocale des renseignements généraux du MSSS. Le citoyen doit laisser un message et il recevra un appel ou un courriel dans un délai de deux jours ouvrables.
- Dans le cas d'une demande complexe, qui nécessite une recherche ou une approbation de l'unité administrative qu'elle concerne, 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)

Engagements

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

- Les citoyens peuvent envoyer leur demande de renseignements par l'entremise des sites Internet du MSSS qui font référence 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.
- En ce qui concerne les demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponse, elles sont transmises dans la boîte courriel des renseignements généraux du MSSS. Certaines demandes proviennent 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.
- Dans le cas d'une demande complexe, qui nécessite une recherche ou une approbation de l'unité administrative qu'elle concerne, le citoyen est avisé du suivi donné à sa demande. La réponse lui sera donnée dans les meilleurs délais, conformément aux engagements ministériels.

2.3.2 Les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec

En matière d'adoption internationale, le ministre de la Santé et des Services sociaux exerce les fonctions d'Autorité centrale du Québec et le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) agit au nom du ministre. Le SAI assume la coordination de l'ensemble des activités liées à l'adoption internationale au Québec. Il autorise et veille à la conformité des projets d'adoption interprovinciale ou internationale, que les enfants soient domiciliés au Québec ou hors Québec. De plus, il encadre le fonctionnement des organismes agréés en matière d'adoption en donnant suite à leurs demandes d'obtention ou de renouvellement d'agrément. Enfin, il analyse les demandes d'antécédents sociobiologiques et de retrouvailles qui lui sont présentées.

Au 31 mars 2018, 766 dossiers d'adoption étaient ouverts, dont 167 l'ont été au cours de l'exercice financier. Pour 87,4 % (146/167) d'entre eux, l'ouverture s'est faite par l'intermédiaire d'un organisme agréé.

En 2017-2018, une demande d'agrément et neuf demandes de renouvellement d'agrément de la part d'organismes ont été examinés. De plus, il a révoqué l'agrément d'un organisme.

Au cours de cette même période, 62 nouveaux dossiers de recherche des origines ont été ouverts, soit 17 dossiers de plus qu'en 2016-2017, et de nouveaux outils ont été produits à la suite de l'entrée en vigueur, en juin 2018, des nouvelles dispositions législatives concernant l'accès à l'identité des personnes adoptées.

Outre les demandes d'informations ou de suivi de dossiers faites par les adoptants ayant un dossier ouvert dans un organisme agréé, 240 demandes de citoyens concernant un projet d'adoption sans l'intermédiaire d'un organisme agréé ont été reçues et traitées.

En 2017-2018, 192 demandes d'information sur le processus d'adoption internationale au Québec et 113, sur la recherche des origines ont été reçues par courrier électronique et traitées.

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

Appels téléphoniques

Engagements	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec• Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30• Réponse la plus rapide possible
-------------	---

<ul style="list-style-type: none">• 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 un souci d'assurer au citoyen le traitement adéquat et rapide de sa demande.• Le SAI répond quotidiennement aux appels téléphoniques faits par des organismes agréés, par des intervenants du RSSS (centres de santé et de services sociaux, centres jeunesse), mais surtout par des citoyens souhaitant obtenir des renseignements ou présenter un projet d'adoption.
--

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

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

<ul style="list-style-type: none">• En exerçant son mandat, le SAI assure un suivi rigoureux des démarches d'adoption et doit confirmer, par écrit, la conformité de chacune des étapes du processus d'adoption. Ainsi, il a produit rapidement l'ensemble des lettres requises pour chacun des 766 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 dix jours ouvrables.
--

Demandes en personne

Engagements	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilité pour recevoir les citoyens du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 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
-------------	---

<ul style="list-style-type: none">• Chaque visiteur arrivant au SAI est accueilli par un personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30. Dès que le visiteur arrive, un agent de bureau voit immédiatement à l'annoncer au service approprié.• Les visiteurs n'ayant pas de rendez-vous sont traités de la même façon que ceux qui en avaient pris un. L'employé visé est informé, mais, s'il lui est impossible de recevoir un visiteur dans l'immédiat, des arrangements sont pris avec ce dernier.
--

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

La Direction de l'inspection et des enquêtes (DIE) est notamment responsable, au sein du MSSS, des mandats suivants : appliquer la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2) et la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (RLRQ, chapitre C-5.2). En conséquence, outre les visites d'inspection, la DIE fournit des renseignements tant à la population qu'aux exploitants et aux employés des lieux visés par ces lois. De plus, elle reçoit les plaintes se rapportant à l'application de ces lois et assure le suivi des commandes de matériel. 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	3 200	Sans objet
Courrier électronique	427	2 jours
Total	3 627	Sans objet

En 2017-2018, les agents du service à la clientèle ont répondu à 3 200 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. Les données sur le délai de réponse moyen 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 2017-2018, les agents ont répondu à 3 200 appels téléphoniques. La plupart de ces appels visaient les secteurs d'activité placés sous la responsabilité de la DIE, soit :
 - la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2) et son application (3 153 appels);
 - les salons de bronzage (30 appels).

Certains des appels reçus ont été acheminés aux directions responsables puisqu'ils concernaient d'autres domaines d'activités, soit :

- les salons funéraires (13 appels);
- les laboratoires d'orthèses et de prothèses (4 appels);
- les laboratoires d'imagerie médicale et les ressources en dépendance (0 appel).
- Pour l'ensemble des secteurs d'activité, il s'agissait de demandes de renseignements sur les lois et les règlements (63 %), de plaintes liées à leur application (26 %) ou de commandes de matériel (11 %). Au total, les 3 200 appels représentent une diminution de 38 % par rapport à l'année financière précédente. Toujours par rapport à 2016-2017, les demandes de renseignements ont diminué de 11 % alors que les plaintes ont augmenté de 10 %, en raison notamment de l'interdiction de fumer à moins de neuf mètres de certains lieux et de l'interdiction, pour les commerces de cigarettes électroniques, de faire de la publicité et de la vente sur le Web.

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 population a la possibilité de demander des renseignements sur la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2) par courrier électronique à l'adresse suivante : loi-tabac@mss.gouv.qc.ca. En 2017-2018, elle a reçu 427 demandes par ce moyen de communication, soit une diminution de 43 % par rapport à l'année financière précédente. Pour l'ensemble des secteurs d'activité, il s'agissait de demandes de renseignements sur les lois et les

règlements (46 %), de plaintes liées à leur application (51 %) ou de commandes de matériel (3 %). Contrairement à ce qui s'observait en 2016-2017, les demandes de renseignements ont diminué de 22 % alors que les plaintes ont augmenté de 27 %, en raison notamment de l'interdiction de fumer à moins de neuf mètres de certains lieux et de l'interdiction, pour les commerces de cigarettes électroniques, de faire de la publicité et de la vente sur le Web. Les 427 courriels concernaient directement l'application des lois. La réponse a été donnée par courriel dans 91 % des cas et par téléphone dans 5 % des cas, et ce, dans un délai moyen de deux jours. Les autres messages (4 %) n'exigeaient pas de réponse, soit parce qu'il s'agissait de copies conformes, que le contenu était à caractère haineux ou que l'expéditeur avait expressément demandé de ne pas recevoir de réponse.

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, la personne est informée de la date à laquelle la réponse lui sera transmise
-------------	---

Le MSSS a reçu deux plaintes par courriel concernant des enquêtes en matière de lutte contre le tabagisme. Le litige a pu être rapidement réglé par la transmission de renseignements supplémentaires.

- Il faut 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, selon la déclaration de services aux citoyens de Services Québec, le personnel y répond 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.
- Les plaintes et les commentaires concernant le MSSS ou ses programmes reçus par Services Québec ou le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale 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 d'un ou de 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 2018, le MSSS employait 1 044 personnes ayant un statut régulier ou occasionnel, pour une consommation totale d'heures rémunérées de 1 797 869. Les écarts observés par rapport à l'année financière précédente, qui constituent des augmentations, s'expliquent par l'internalisation massive de ressources en technologies de l'information et par la régularisation d'emplois du domaine de la santé et des services sociaux qui étaient auparavant occupés par des employés en prêt de service.

Effectif en poste au 31 mars 2018

Secteurs d'activité ou orientations stratégiques	2016-2017	2017-2018	Écart
Direction supérieure	21	23	2
Direction générale de cancérologie	23	21	-2
Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité	67	69	2
Direction générale de la santé publique	74	83	9
Direction générale des services sociaux	106	101	-5
Direction générale des services de santé et médecine universitaire	69	75	6
Direction générale du personnel réseau et ministériel	109	109	0
Direction générale des finances, des immobilisations et du budget	138	143	5
Direction générale à la coordination réseau et ministérielle	107	108	1
Direction générale des technologies de l'information	277	310	33
Sous-total	991	1042	51
Commissaire à la santé et au bien-être	7	2	-5
TOTAL	998	1 044	46

Heures rémunérées par secteur d'activité 2017-2018

Secteurs d'activité ou orientation stratégique	Heures rémunérées 2016-2017	Heures rémunérées 2017-2018	Écart
Direction supérieure	42 528	39 542	-2 986
Direction générale de cancérologie	37 579	35 273	-2 306
Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité	121 550	114 370	-7 180
Direction générale de la santé publique	128 301	138 846	10 545
Direction générale des services sociaux	193 535	183 206	-10 329
Direction générale des services de santé et médecine universitaire	124 436	121 985	-2 451
Direction générale du personnel réseau et ministériel	202 704	192 305	-10 399
Direction générale des finances, des immobilisations et du budget	244 834	250 514	5 680
Direction générale à la coordination réseau et ministérielle	181 767	193 410	11 643
Direction générale des technologies de l'information	489 176	522 736	33 560
Sous-total	1 766 410	1 792 187	25 777
Commissaire à la santé et au bien-être	15 169	5 682	-9 487
Total en heures rémunérées¹	1 781 579	1 797 869	16 290
Total en ETC transposés² (total heures rémunérées/1 826,3 heures)	975,51	984,43	8,9

1. Le total des heures rémunérées comprend les heures travaillées et les heures effectuées en temps supplémentaire par le personnel régulier et occasionnel, à l'exclusion des stagiaires et des étudiants.

2. Le total en ETC transposés est le nombre total d'heures rémunérées converti en équivalent temps complet (ETC) sur la base de 35 heures par semaine, soit 1 826,3 heures par année.

La formation et le perfectionnement du personnel

Pendant l'année civile 2017, le MSSS a consacré 1,07 % de sa masse salariale, ce qui représente 772 700 dollars, à la formation de son personnel, atteignant ainsi la cible de 1 % établie par la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre (RLRQ, chapitre D-8.3). Il montre ainsi l'importance qu'il accorde à la formation de ses employés, à qui il donne la possibilité d'acquérir les compétences leur permettant d'offrir des services de qualité, correspondant à sa mission.

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

Champs d'activité	2016	2017
Favoriser le champ d'activité ou l'orientation stratégique du développement des compétences	150 551 \$	155 537 \$
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	21 594 \$	51 683 \$
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	14 127 \$	72 114 \$
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	27 530 \$	23 886 \$
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	16 730 \$	27 012 \$

Évolution des dépenses en formation¹

	2016 ²	2017 ²
Proportion de la masse salariale	0,88 %	1,07 %
Nombre moyen de jours de formation par personne	1,62 jour	1,69 jour
Montant alloué par personne	652 \$	773 \$

1. Le dénominateur pour le calcul du nombre de jours de formation et du montant alloué par personne est le nombre total d'employés. Il se calcule en personnes, et non en ETC. Le total des employés comprend tous les employés de l'organisation, incluant les cadres et les administrateurs de l'État, à l'exception des stagiaires et des étudiants.

2. Année civile

Jours de formation selon les catégories d'emploi

	2016 ¹	2017 ¹
Cadres	293 jours et 2 heures	236 jours et 4 heures
Professionnels	1 114 jours et 2,5 heures	1 147 jours et 5 heures
Fonctionnaires	219 jours	340 jours et 6 heures

1. Année civile

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

Le taux de départ volontaire pour l'année financière 2017-2018 est plus élevé que celui qui a été établi pour l'année financière précédente. Cela s'explique par l'augmentation du nombre d'employés ayant quitté par mutation. Le système Emplois en ligne facilite le repérage des emplois disponibles à l'intérieur de la fonction publique ainsi que les démarches nécessaires pour postuler électroniquement à l'un d'entre eux. De plus, des processus de qualification se sont tenus, ce qui a permis de constituer de nouvelles banques de personnes qualifiées et, pour plusieurs employés, d'obtenir une promotion.

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

	2015-2016 ²	2016-2017 ²	2017-2018 ²
Taux de départ volontaire	10,75 %	15,89 %	18,70 %

1. Le taux de départ volontaire du personnel régulier inclut les données du MSSS, du Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que du Commissaire à la santé et au bien-être.

2. Année financière

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 de ce plan est de maintenir la mobilisation du personnel en accroissant sa capacité à s'adapter à un contexte ministériel en évolution, afin d'être en mesure de relever les défis actuels et futurs posés par le système de santé québécois.

Dans un souci de poursuivre son engagement dans une démarche d'amélioration continue des pratiques de gestion, le MSSS a invité, en février 2018, l'ensemble de son personnel à remplir le questionnaire « Appréciation des pratiques de gestion en santé et mieux-être du supérieur immédiat »; 81 % des employés l'ont fait, comparativement à 79 % en 2016-2017.

Les pratiques de gestion en santé et mieux-être ayant cours au MSSS obtiennent de très bons résultats, qu'elles concernent l'environnement de travail, l'organisation du travail, la reconnaissance, la responsabilisation, la santé globale ou la communication. En effet, pour la plupart (13/16) des énoncés du sondage, la proportion des réponses positives est de 90 % ou plus. La proportion atteint ou dépasse 95 % pour cinq énoncés, contre trois en 2016-2017. Cette amélioration est le résultat d'une sensibilisation accrue du personnel d'encadrement à l'importance d'adopter de bonnes pratiques de gestion en santé et mieux-être.

Détenteur de la certification d'Entreprise en santé – Élite, le MSSS a également consenti des efforts considérables à la proposition d'activités, de services et de programmes aux membres de son personnel, favorisant ainsi la prise en charge de leur santé. Les gestionnaires encouragent, par ailleurs, la participation de leurs employés et leurs efforts sont ressentis positivement par le personnel.

3.1.1 L'accès à l'égalité en emploi

Les données globales

Le MSSS a embauché 259 nouveaux employés au cours de la dernière année financière.

Nombre total des personnes embauchées, selon le statut d'emploi, au cours de la période 2017-2018

	Régulier	Occasionnel	Étudiant	Stagiaire
Total	110	68	55	26

Nombre d'employés réguliers en place au 31 mars 2018	1 003
--	-------

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 2017-2018, il a recruté 65 membres de groupes cibles, ce qui correspond à 25 % de l'embauche incluant tous les statuts d'emploi, comparativement à 11 % en 2016-2017. Le MSSS atteint donc l'objectif d'embauche gouvernemental de personnes appartenant à l'un des quatre groupes cibles – communautés culturelles, anglophones, autochtones et personnes handicapées –, objectif qui se situe à 25 % des nouveaux employés.

Taux d'embauche des membres des groupes cibles en 2017-2018

Statuts d'emploi	Embauche totale	Communautés culturelles	Anglophones	Autochtones	Personnes handicapées	Total par statut d'emploi	Taux d'embauche par statut d'emploi
Régulier	110	24	0	0	2	26	24 %
Occasionnel	68	10	0	1	4	15	22 %
Étudiant	55	8	1	0	1	10	18 %
Stagiaire	26	12	0	0	2	14	54 %

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

Statuts d'emploi	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Régulier	5 %	9 %	24 %
Occasionnel	11 %	9 %	22 %
Étudiant	7 %	16 %	18 %
Stagiaire	8 %	14 %	54 %

Au 31 mars 2018, l'effectif régulier du MSSS comprenait 11 % de membres de communautés culturelles et 1 % de personnes handicapées. Le résultat de représentativité des membres de communautés culturelles est légèrement au-dessus de l'objectif gouvernemental fixé à 9 %. En contrepartie, le MSSS doit poursuivre ses efforts visant à accroître la représentativité des personnes handicapées afin d'atteindre le pourcentage gouvernemental visé, qui est de 2 %.

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 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	Nombre en 2018	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total en 2018
Communautés culturelles	78	8 %	83	9 %	106	11 %
Autochtones	7	1 %	8	0,8 %	6	0,6 %
Anglophones	6	1 %	4	0,4 %	5	0,5 %
Personnes handicapées	9	1 %	7	0,7 %	11	1 %

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	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
Communautés culturelles	0	0	77	13	16	9	13	12	0	0	0	0	106	11
Autochtones	0	0	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	0,6
Anglophones	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0,5
Personnes handicapées	0	0	5	1	3	2	3	3	0	0	0	0	11	1

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 2018, les femmes représentaient 65 % des nouvelles embauches du MSSS et 62 % du personnel régulier.

Taux d'embauche des femmes en 2017-2018 par statut d'emploi

	Personnel régulier	Personnel occasionnel	Personnel étudiant	Personnel stagiaire	Total
Nombre total de personnes embauchées	110	68	55	26	259
Nombre de femmes embauchées	67	50	34	17	168
Pourcentage par rapport au nombre total de personnes embauchées	61 %	74 %	62 %	65 %	65 %

Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2018

	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)	106	618	174	105	0	0	1 003
Nombre de femmes ayant le statut d'employée régulière	56	358	112	97	0	0	623
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	53 %	58 %	64 %	92 %	0 %	0 %	62 %

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

Comme par le passé, le MSSS a fait la promotion du Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées auprès de l'ensemble de ses gestionnaires. Au cours de l'année financière 2017-2018, un projet a été présenté au Centre des services partagés du Québec, qui l'a retenu. De plus, le MSSS a produit un Bilan 2016-2017 ainsi qu'une mise à jour du Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2015-2019, dans lequel y figure plusieurs actions favorisant la participation sociale de ces personnes. Le plan d'action comporte des mesures visant les thèmes suivant : l'information et la sensibilisation, l'embauche ainsi que l'accessibilité.

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

Automne 2015 (cohorte 2016)	Automne 2016 (cohorte 2017)	Automne 2017 (cohorte 2018)
1	3	1

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

2015-2016	2016-2017	2017-2018
1	1	1

Autres mesures ou actions en 2017-2018 (activités de formation de gestionnaires, activités de sensibilisation, etc.)

Mesures ou actions	Groupe cible visé	Nombre de personnes visées
Aucune	–	–

3.1.2 Renseignements relatifs au contrôle des effectifs

Gestion et contrôle des effectifs

Le Conseil du trésor a fixé, pour l'exercice financier 2017-2018, la cible de 1 950 695 heures rémunérées 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 respectée puisque le nombre d'heures rémunérées pour 2017-2018 est de 1 797 867.

Répartition de l'effectif pour la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

	Catégories ¹	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	189 617	0	189 617	104	106
2	Personnel professionnel	1 072 378	8 954	1 081 332	592	631
3	Personnel infirmier	0	0	0	0	0
4	Personnel enseignant	0	0	0	0	0
5	Personnel de bureau technicien et assimilé	521 705	3 033	524 738	287	306
6	Agents de la paix	0	0	0	0	0
7	Ouvriers, personnel d'entretien et personnel de service	2 015	165	2 180	1	1
Total en heures		1 785 715	12 152	1 797 867		
Total en ETC transposés (Total des heures/1 826,3 h)		978	7	984		

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

3.1.3 Renseignements relatifs aux contrats de services

Contrats de services

Au cours de l'année financière 2017-2018, 69 contrats de services d'un montant de 25 000 dollars et plus ont été conclus par le MSSS. Parmi ces contrats, 24 ont été conclus avec une personne physique; ils ont représenté 10,9 % des sommes totales dépensées pour les contrats de services de plus de 25 000 dollars. Les 45 autres contrats ont été signés avec des contractants autres qu'une personne physique et ils représentaient 89,1 % des sommes octroyées pour les contrats de services de plus de 25 000 dollars.

Contrats de services dont le montant est de 25 000\$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	24	1 643 409,65 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	45	13 385 815,46 \$
Total des contrats de services	69	15 029 225,11 \$

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

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

3.2 LES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES DU MSSS

Le MSSS

La dépense probable pour l'année financière 2017-2018 du MSSS, de l'Office des personnes handicapées du Québec et de la Régie de l'assurance maladie du Québec s'élève à 36 870 millions de dollars. Cette dépense se répartit entre les quatre programmes détaillés ci-dessous.

Les fonctions nationales : programme 01

148 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

26 151 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

13 millions de dollars

Le programme 03 se rapporte à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). 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'OPHQ, qui peut être consulté à l'adresse suivante : www.ophq.gouv.qc.ca.

La Régie de l'assurance maladie du Québec : programme 04

10 558 millions de dollars

Le programme 04, qui concerne la Régie de l'assurance maladie du Québec (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, qui peut être consulté à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca.

L'écart budgétaire par programme

Le tableau suivant présente le budget de dépenses du MSSS en 2017-2018 pour chacun des programmes ainsi qu'une comparaison entre la dépense réelle en 2016-2017 et la dépense probable pour l'exercice 2017-2018.

Dépenses et évolutions par secteur d'activité¹

Secteur d'activité ou orientation (M \$)	Budget de dépenses 2017-2018	Dépenses probables 2017-2018	Dépenses réelles 2016-2017	Écart ²	Variation ³ (%)
01 Fonctions de coordination	143	148	120	28	23,3
02 Services donnés à la population	25 823	26 151	24 823	1 328	5,3
03 OPHQ	13	13	12	1	8,3
04 RAMQ	10 784	10 558	10 432	126	1,2
TOTAL	36 763	36 870	35 387	1 483	4,2

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

2. Écart entre les dépenses réelles 2016-2017 et les dépenses probables 2017-2018.

3. Résultat de l'écart divisé par les dépenses réelles 2016-2017.

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

La dépense réelle du MSSS se chiffrait à 35 387 millions de dollars pour l'exercice 2016-2017. La dépense probable pour 2017-2018 est évaluée à 36 870 millions de dollars; elle représente une croissance de 4,2 % par rapport à l'année financière précédente. L'analyse sommaire de l'écart entre la dépense réelle en 2016-2017 et la dépense probable en 2017-2018 permet de faire ressortir les causes les plus importantes :

- Pour les fonctions de coordination, la dépense probable en 2017-2018 est supérieure de 28 millions de dollars à la dépense réelle en 2016-2017. L'écart est ici principalement attribuable à une dépense réelle en 2016-2017 moins élevée que ce qui était prévu initialement, à la tenue, en 2017-2018, d'une campagne populationnelle de grande envergure en matière de prévention de la consommation du cannabis ainsi qu'à la création du Bureau de l'innovation en santé et en services sociaux à la suite de l'annonce, dans le Plan économique du Québec de mars 2017, de la mise en œuvre de la Stratégie québécoise des sciences de la vie.
- Pour les services donnés à la population, la dépense probable en 2017-2018 excède de 1 328 millions de dollars la dépense réelle en 2016-2017. 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 à des crédits additionnels pour augmenter les services à la population.

La dépense probable 2017-2018 tient compte des ajouts faits en cours d'exercice et annoncés à l'occasion de la mise à jour du Plan économique du Québec de mars 2017 ainsi que des nouveaux investissements en santé annoncés à l'occasion de la mise à jour du Plan économique du Québec de novembre 2017.

- Pour la RAMQ, la dépense probable en 2017-2018 augmente de 126 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2016-2017. L'augmentation s'explique principalement par les dépenses relatives aux services médicaux, qui reflètent l'incidence du renouvellement des ententes avec les fédérations médicales.

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 RSSS ainsi que celui qui est associé au transport préhospitalier d'urgence sont présentés distinctement. 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 2017-2018	Coûts estimés totaux pour 2017-2018
7,48 M \$	6,33 M \$

Revenus et coûts estimés détaillés

La vente de permis

Revenus estimés pour 2017-2018	Coûts estimés pour 2017-2018
1,88 M \$	0,73 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 dans les lois et les règlements correspondants, ils sont indexés annuellement en fonction de l'indice des prix à la consommation.

L'assurance-hospitalisation pour les étrangers

Revenus estimés pour 2017-2018	Coûts estimés pour 2017-2018
0,20 M \$	0,20 M \$

La RAMQ administre le programme d'assurance hospitalisation pour les ressortissants étrangers à prime. Ce programme permet aux personnes admissibles de bénéficier des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28) et de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29), services pour lesquels le versement d'une prime est requis. Les primes ne sont pas publiées. Elles sont transmises par le ministère des Relations internationales aux personnes visées. Ces primes sont fixées selon les évaluations actuarielles faites annuellement par la RAMQ.

Le recouvrement de la tierce responsabilité

Revenus estimés pour 2017-2018	Coûts estimés pour 2017-2018
5,40 M \$	5,40 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 RSSS 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 RSSS

Revenus et coûts estimés totaux

Le RSSS a des revenus de tarification annuels d'un peu plus de 1,7 milliard de dollars provenant de plusieurs sources.

Les revenus et les coûts estimés totaux

Revenus estimés totaux pour 2017-2018	Coûts estimés totaux pour 2017-2018
1 706,5 M\$	5 141,2 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 2017-2018	Coûts estimés pour 2017-2018
917,0 M\$	4 615,8 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 la contribution exigible par les établissements du RSSS 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 dans un centre jeunesse, une famille d'accueil, un centre de réadaptation ou une autre ressource d'hébergement. Comme les parents demeurent responsables de leur enfant en vertu du Code civil du Québec, ils assument donc, conjointement avec l'État, les coûts 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 2017-2018	Coûts estimés pour 2017-2018
44,0 M\$	Non disponible

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 2017-2018	Coûts estimés pour 2017-2018
220,1 M\$	Non disponible

Le MSSS assume le coût des services de santé et des services sociaux fournis par les établissements du RSSS 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;
- les services dont le coût est assumé par un autre organisme, en vertu d'une loi du Québec ou du Canada⁵.

Dans ce dernier cas, les établissements du RSSS facturent le tiers responsable du paiement des coûts relatifs aux soins de santé et aux services sociaux fournis⁶.

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 2017-2018	Coûts estimés pour 2017-2018
525,4 M\$	525,4 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 leur sont liées, c'est-à-dire que ces activités doivent s'autofinancer. Il s'agit, notamment, des activités commerciales telles que le stationnement ou le salon de coiffure et d'autres activités complémentaires.

Les revenus totaux des activités accessoires sont estimés à 1 298,9 millions de dollars pour l'année financière 2017-2018. Par contre, ces revenus ne sont pas tous tirés de la tarification puisqu'ils incluent, entre autres, les revenus pour la recherche du Fonds de recherche du Québec – Santé. Seuls les revenus de tarification sont présentés ci-dessus.

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

Le transport préhospitalier d'urgence

Les tarifs des services préhospitaliers d'urgence sont fixés par le 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. Il faut souligner que les tarifs n'ont pas été révisés depuis 1997. Les estimations de 2017-2018 n'étant pas disponibles, les données de 2016-2017 sont présentées ici. Il faut également souligner que les particuliers contribuent à hauteur de 25 millions de dollars à l'ensemble des coûts.

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

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

Revenus et coûts estimés totaux

Revenus en 2016-2017	Coûts en 2016-2017
109,0 M \$	690,0 M \$

Revenus et coûts estimés détaillés

Revenus de tarification 2016-2017

Sources de financement	Montants
Établissements du RSSS (transport inter établissements)	67,0 M \$
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (pour les prestataires de la sécurité du revenu)	10,0 M \$
Société de l'assurance automobile du Québec	5,0 M \$
Autres (organismes fédéraux)	2,0 M \$
Particuliers	25,0 M \$
Sous-total – Revenus de tarification	109,0 M \$

Coûts en 2016-2017

Sources de financement	Montants
Revenus de tarification	109,0 M \$
MSSS (subvention)	581,0 M \$
Total	690,0 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 RSSS (volet « RSSS »).

Volet « MSSS »

Dépenses et investissements prévus et réels en ressources informationnelles pour 2017-2018

Catégories de coûts	Dépenses et investissements prévus (000 \$)	Dépenses et investissements réels (000 \$)	Écart entre la planification et le réel (000 \$)
Activités d'encadrement	8 272	5 856	-2 416
Activités de continuité	5 704	5 673	-31
Projets	3 371	1 385	-1 986
Dépenses et investissements en ressources informationnelles	17 347	12 914	-4 433¹

1. L'écart négatif de 4 433 000 \$ 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 2018-2019 de la réalisation d'autres projets. En outre, certains projets ont coûté moins cher que prévu.

Investissement dans les ressources informationnelles

Les mandats confiés aux équipes ministérielles chargées des 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 2017-2018, le MSSS a poursuivi les projets informatiques liés au délestage de Lotus Notes. Mentionnons :

- le système de suivi de la correspondance, dont l'avancement se situe à 95 %;
- la refonte technologique de diffusion d'informations sur le cancer, dont l'avancement se situe à 91 %;
- la refonte technologique du système d'inscription d'activités, dont l'avancement se situe à 99 %;
- la refonte technologique du système de réservation des ressources, dont l'avancement se situe à 96 %;
- le plan de délestage Notes, qui est terminé.

Le MSSS a également poursuivi ou réalisé plusieurs mandats déjà entrepris avant le 1^{er} avril 2017, tels que :

- le rehaussement des équipements des salles de visioconférence, qui est terminé;
- l'adaptation des systèmes à la suite de la migration vers Windows Server 2008, qui est terminée;
- l'adaptation des systèmes à la suite de la migration iChain, qui est terminée;
- la mise à niveau des serveurs Windows 2003, qui est terminée;
- le système d'inspection multi-domaines, dont l'avancement se situe à 69 %;
- la mise en place et le rehaussement de services relatifs aux réseaux sans fil (Wi-Fi), dont l'avancement se situe à 10 %.

Un nouveau projet a commencé en 2017-2018 :

- la transformation des services funéraires selon les prescriptions de la Loi sur les activités funéraires (LQ 2016, chapitre 1), dont l'avancement se situe à 15 %.

Liste et état d'avancement des projets relatifs aux ressources informationnelles¹ pour 2017-2018

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)	0	0	0	Ce projet est annulé.
Système de suivi de la correspondance	95	156	381	Ce projet a été suspendu le 31 octobre 2017.
Refonte technologique des interfaces utilisant le carnet d'adresses Lotus Notes	0	54	0	Ce projet est annulé.
Refonte technologique de diffusion d'informations sur le cancer	91	200	76	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2018-2019.
Refonte technologique du système d'inscription d'activités	99	59	96	Les travaux se sont poursuivis en 2017-2018. Le coût du projet, révisé à la hausse, est maintenant de 189 100 \$. La révision du coût a fait l'objet d'une autorisation en octobre 2017. La date de fin prévue a été reportée au 31 mai 2018.
Refonte technologique du système de réservation des ressources	96	163	12	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2018-2019.
Fusion des Active Directory (AD)	0	22	0	Ce projet est annulé.
Salles de visioconférence (MSSS)	100	244	267	Ce projet s'est terminé le 31 mars 2018.
Adaptation des systèmes – Migration Windows Server 2008	100	360	179	Ce projet s'est terminé le 31 janvier 2018.
Adaptation des systèmes – Migration iChain	100	196	117	Ce projet s'est terminé le 31 mars 2018.
Mise à niveau des serveurs Windows 2003	100	26	9	Ce projet s'est terminé le 31 mai 2017.
Système d'inspection multi-domaines	69	354	150	Le ralentissement des travaux en 2017-2018 entraîne le report d'activités en 2018-2019.

Liste des projets	Avancement (%)	Ressources financières prévues (000 \$)	Ressources financières utilisées (000 \$)	Explications sommaires des écarts
Plan de délestage Notes	100	26	50	Ce projet s'est terminé le 31 mai 2017.
Services sans fil (Wi-Fi)	10	205	8	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2018-2019.
Transformation des services funéraires	15	203	40	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2018-2019.
Total		2 268	1 385	

1. Les ressources financières comprennent les coûts liés aux ressources humaines.

L'écart entre le montant des ressources financières prévues (2 268 000 \$) et celui des ressources financières utilisées (1 385 000 \$) s'explique principalement par la priorisation des projets, laquelle a conduit à la révision de la portée ou à l'annulation de certains projets et au report en 2018-2019 de la réalisation d'autres projets.

Les détails de l'information sur les projets en cours se trouvent dans le Tableau de bord en ressources informationnelles du gouvernement du Québec, consultable à l'adresse suivante : www.tableaubordprojetsri.gouv.qc.ca/tableau-de-bord.

Volet «RSSS»

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 concernant les ressources informationnelles du réseau² pour 2017-2018

Activités et projets	Dépenses et investissements prévus (000 \$)	Dépenses et investissements réels (000 \$)	Écart entre la planification et le réel (000 \$)
Activités d'encadrement	7 009	6 364	-645
Activités de continuité	205 000	171 800	-33 200
Projets	78 309	27 260	-51 049
Dépenses et investissements en ressources informationnelles	290 318	205 424	-84 894

1. Les ressources financières comprennent les coûts liés aux 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 84 894 000 \$ 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 par le report en 2018-2019 de la majorité des travaux liés aux projets. La mise en suspens de certains projets explique également une partie de cet écart.

Le Dossier santé Québec

Le Dossier santé Québec (DSQ) est un outil provincial sécurisé qui permet de collecter, de conserver et de consulter de l'information de santé. Actif d'intérêt commun au MSSS et au réseau, le DSQ est lié aux domaines cliniques Médicament, Laboratoire et Imagerie médicale. Au fil du temps, d'autres domaines s'y grefferont, notamment Allergie et intolérance ainsi que Sommaire d'hospitalisation.

L'ensemble des pharmacies communautaires (1 890), des laboratoires de biologie médicale privés (4) et tous les laboratoires d'établissements publics (126) alimentent le DSQ.

Pour l'alimentation du domaine « Imagerie médicale », le branchement des sites cliniques s'est poursuivi tout au long de l'année financière 2017-2018. Au 31 mars 2018 :

- l'ensemble des établissements publics (155 sites) rend les examens d'imagerie médicale accessibles pour consultation dans le DSQ. Cela représente 100 % du volume des examens faits dans les sites publics d'imagerie médicale au Québec;
- 51 laboratoires d'imagerie médicale (LIM) privés sur 97 alimentent le DSQ. Ils produisent 65 % du volume des examens effectués au privé. Il est prévu qu'au 31 juillet 2018, 70 LIM, pour un total de 87 % du volume des examens effectués dans le secteur privé, alimentent le DSQ. La date prévue pour le branchement des 27 LIM restants est le 30 septembre 2018.

Au 31 mars 2018, les dépenses totales pour le DSQ s'établissaient à 508 millions de dollars, par rapport à des investissements prévus, au terme du projet, de 562,6 millions de dollars.

PARTIE 4

L'APPLICATION D'EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES

4.1 L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021, *Ensemble pour l'égalité.*

Le MSSS assume la responsabilité de la mesure 1.1.5 de la Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021. Voici les principales réalisations, en 2017-2018, relativement à cette mesure.

MESURE 1.1.5 Informer et sensibiliser la population, particulièrement les femmes, les jeunes ainsi que les professionnelles et professionnels, au regard de la saine gestion du poids et de l'image corporelle.

Le MSSS a accordé un soutien financier de 120 000 \$ à l'Association pour la santé publique du Québec afin qu'elle poursuive ses travaux de mobilisation concernant l'appel à l'action « Démasquer l'industrie de l'amaigrissement ».

Le MSSS a également octroyé 325 000 \$ à l'organisme ÉquiLibre pour la réalisation d'activités de promotion des saines habitudes de vie et d'une image corporelle positive. La Semaine « Le poids? Sans commentaire! » avait pour thème en 2017 : « Notre corps, parlons-en autrement! » Cette activité a touché des milliers de Québécoises et de Québécois par l'entremise d'Internet et des médias sociaux. Le site est accessible à l'adresse suivante : <http://lepoidssanscommentaire.ca/campagne-2017/>.

De plus, le MSSS collabore à la réalisation de plusieurs autres mesures de cette stratégie gouvernementale qui sont sous la responsabilité de différents ministères et organismes, dont le Secrétariat à la condition féminine, l'Office des personnes handicapées du Québec et l'Institut national de santé publique du Québec.

Autres principales réalisations du MSSS en 2017-2018 en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

Le MSSS a poursuivi ses travaux visant à renouveler son Plan d'action en santé et bien-être des femmes, qui a des liens non seulement avec les Objectifs ministériels en santé et bien-être des femmes, mais aussi avec la Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021.

Par ailleurs, comme chaque année, le MSSS a organisé, en collaboration avec ses partenaires (Syndicat des professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec et Syndicat de la fonction publique et parapublique du Québec), une activité visant à souligner la Journée internationale des femmes. La conférence « Avoir un enfant si je veux, quand je veux : historique et enjeux au Québec » a permis de rappeler au personnel l'histoire de la lutte pour la décriminalisation des interruptions volontaires de grossesse et de discuter des enjeux actuels liés à cette question.

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

Nombre total de demandes reçues

1 362 demandes (documents administratifs, DSQ, Registre de vaccination, renseignements personnels, rectification)

Au cours de l'année financière 2017-2018, le MSSS a reçu 784 demandes d'accès formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1). Parmi ces demandes, 457 concernaient l'obtention de documents administratifs, soit environ 34 % de toutes les demandes, et 327 portaient sur l'accès à des renseignements personnels tels que les bulletins de naissance ou de décès et le Registre de vaccination. L'accès aux renseignements personnels a été refusé dans 4 cas seulement, sur la base des articles 53, 54 et 88.1 de la Loi. Par comparaison, en 2016-2017, le MSSS avait reçu 692 demandes d'accès formulées en vertu de cette même loi; 353 concernaient l'obtention de documents administratifs et 339 portaient sur l'accès à des renseignements personnels, dont le Registre de vaccination⁷. Une augmentation de 13 % de ce type de demandes a donc été constatée entre 2016-2017 et 2017-2018.

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 (RLRQ, chapitre P-9.0001). En 2017-2018, le MSSS a traité 571 demandes relatives aux renseignements de santé contenus dans le Dossier santé Québec (DSQ), dont 57 ont été faites par des personnes voulant savoir qui a consulté ou alimenté leur DSQ. Le MSSS a répondu positivement à 563 de ces requêtes. En 2016-2017, il avait traité 303 demandes, dont 292 avaient reçu une réponse positive. Les demandes d'accès au DSQ pour les enfants de moins de 14 ans sont refusées systématiquement. La modification législative de l'article 113 de la Loi, depuis l'automne 2017, permet désormais la communication du DSQ aux titulaires de l'autorité parentale d'un mineur de moins de 14 ans sur avis favorable du directeur de la protection de la jeunesse. Une augmentation de 88 % de ce type de demandes s'observe entre 2016-2017 et 2017-2018.

Bien que le service de l'accès à l'information et aux renseignements personnels ait, dans des circonstances exceptionnelles, fonctionné à effectifs réduits pendant plusieurs mois consécutifs, 82 % des demandes ont néanmoins reçu une réponse dans les délais impartis. Les postes de ce service ont à nouveau été dotés à la fin de l'année financière 2017-2018.

En 2017-2018, le MSSS s'est assuré de la diffusion, sur son site Web, de tous les documents mentionnés à l'article 4 du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1, règlement 2).

Nombre de demandes traitées, en fonction de leur nature et des délais en 2017-2018

Délais de traitement	Documents administratifs (N ^{bre})	Renseignements personnels (N ^{bre})	Dossier santé Québec	Rectification (N ^{bre})
De 0 à 20 jours	123	319	561	2
De 21 à 30 jours	86	8	10	0
Plus de 30 jours	248	0	0	5 ¹
Total	457	327	571	7

1. Cinq demandes concernant des rectifications au DSQ ne sont toujours pas répondues.

⁷ En 2016-2017, les demandes d'accès à l'information relatives au registre de vaccination n'étaient pas comptabilisées avec le nombre de demande portant sur l'accès à des renseignements personnels.

Nombre de demandes traitées, en fonction de leur nature et de la décision rendue

Délais de traitement	Documents administratifs (N ^{bre})	Renseignements personnels (N ^{bre})	Dossier santé Québec	Rectification (N ^{bre})
Acceptée (entièrement)	236	303	556	2
Partiellement acceptée ¹	66	0	0	0
Refusée (entièrement) ¹	28	4	8	0
Autres	127	20	7	5
Total	457	327	571	7

1. Dispositions de la Loi invoquées : 2.1, 9, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30.1, 34, 37, 38, 39, 40, 48, 53, 54, 57.1, 59, 88.1

Le MSSS n'a pas eu à proposer d'accommodements raisonnables dans ses réponses aux demandes d'accès puisqu'aucune mesure de cette nature n'a été demandée par les requérants.

Au cours de l'année financière 2017-2018, 20 recours en révision ont été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information (CAI), dont 14 ont été réglés en médiation ou par désistement du requérant.

Nombre total de demandes d'accès ayant fait l'objet de mesures d'accommodement raisonnable	0
Nombre d'avis de révision reçus de la Commission d'accès à l'information	20

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

Au cours de l'exercice financier 2017-2018, le MSSS n'a reçu aucune plainte de l'Office québécois de la langue française (OQLF). La Direction des communications a traité 31 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 / précisions
Avez-vous un mandataire ?	Oui
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

Statut de la politique linguistique institutionnelle

Où en êtes-vous dans l'élaboration ou l'approbation de votre politique linguistique institutionnelle ?	Oui / non / précisions
Votre ministère ou organisme a-t-il adopté une politique linguistique institutionnelle ?	Oui
Si oui, à quelle date a-t-elle été approuvée par la plus haute autorité de l'organisme après que vous ayez reçu l'avis de l'Office québécois de la langue française ?	8 février 2016
Depuis son adoption, cette politique linguistique institutionnelle a-t-elle été révisée ?	Non
Si oui, à quelle date les modifications ont-elles été officiellement approuvées par la plus haute autorité de l'organisme après que vous ayez reçu l'avis de l'Office québécois de la langue française ?	N/A

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 ?	Non
Si non, durant le prochain exercice, quelles activités prévoyez-vous tenir pour faire connaître votre politique linguistique et pour former le personnel quant à son application ?	Nouvelles dans l'intranet ministériel

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 du personnel du MSSS au sujet de la conformité aux standards sur l'accessibilité du Web, laquelle facilite l'accès au savoir pour les personnes handicapées⁸.

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

Éléments	Explications
Liste des sections ou sites Web non encore conformes	<ul style="list-style-type: none">• Sites Web existant avant l'adoption des standards 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

⁸ Le Bilan annuel 2015-2016 du Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2015-2019 est consultable 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 Section portant sur l'accessibilité du Web sur l'intranet réseau Formation sur la conformité avec les 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 Repositionnement de contenus des microsites dans l'un des principaux sites du MSSS (site institutionnel du MSSS, section Professionnels de ce site et Portail santé mieux-être)
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
Prévision d'une refonte	Non
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 donnée 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 2005, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) permet d'assurer la concertation entre les acteurs du milieu académique et ceux RSSS. 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 financière 2017-2018, deux rencontres ont réuni les membres de l'exécutif de cette table, venant des milieux clinique et académique. Les sujets suivants ont notamment fait l'objet de travaux ou d'échanges :

- la révision du mandat et de la gouvernance des RUIS afin que se poursuivent efficacement les interactions nécessaires aux 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 RSSS;
- l'actualisation du mandat et de la composition des comités d'experts ministériels (anciennement les tables sectorielles nationales des RUIS);
- la révision du contrat type d'affiliation entre un établissement et une université, dans un souci de simplification;
- l'examen du portfolio des services offerts par les établissements, menant à une réflexion globale sur la situation souhaitée au regard des effectifs médicaux.

Les comités d'experts ministériels relèvent de chacune des directions responsables du dossier au MSSS. Voici les principaux travaux effectués et sujets d'intérêt abordés en cours d'année :

- Soins infirmiers :
 - Confirmation du rôle des infirmières cliniciennes spécialisées par la description des fonctions, la révision de la réglementation et l'enrichissement des programmes de formation existants.
 - Formation des 2 000 infirmières praticiennes spécialisées (IPS), création de nouveaux types d'IPS et élaboration de la nouvelle réglementation ainsi que des lignes directrices.
 - Stages, particulièrement sous l'angle de leur financement, et pratiques novatrices d'encadrement.
 - Formation initiale souhaitée des infirmières, qui permettrait de répondre aux besoins du RSSS et de la population.
 - Autres sujets d'intérêt : méthodes de soins, normes de pratique dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, analyse sectorielle prospective, formation sur l'évaluation de la condition physique et mentale exigée des établissements du réseau, plan d'effectifs infirmiers, accueil d'étudiants hors Québec dans les programmes de soins infirmiers, informatisation des soins et relève infirmière.

- Gestion de la douleur chronique :
 - Actualisation du mandat et de la composition du comité d'experts.
 - Définition des priorités et des objectifs pour l'année financière 2018-2019.
 - Contribution potentielle du comité à la Stratégie nationale pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre.
 - Suivi des consortiums.
 - Mode de rémunération des anesthésistes s'occupant de la gestion de la douleur.
 - Infirmières praticiennes en douleur chronique.
 - Problématiques touchant la réadaptation.
 - Programme ECHO-Douleur chronique CHUM-RUIS Université de Montréal.
- Mère-enfant :
 - Organisation des soins en obstétrique
 - Organisation des services d'obstétrique au Québec 2018-2025, volet 1 : hiérarchisation des services et complémentarité des rôles des intervenants.
 - Organisation des services d'obstétrique au Québec 2018-2025, volet 2 : services offerts en échographie obstétricale aux femmes ayant une grossesse normale.
 - Organisation des soins en pédiatrie
 - Niveaux de soins en néonatalogie.
 - Niveaux de soins en pédiatrie.
 - Organisation des soins en pédiatrie : volet développement du jeune enfant.

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 (LQ 2015, chapitre 8), le MSSS doit inclure, dans son rapport annuel de gestion, certains renseignements relatifs aux ententes d'inscription visant des médicaments inscrits à la liste dressée en vertu de l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, soit :

1° le nom du fabricant du médicament;

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
Abbvie	Humira ^{MC}
Actelion Pharmaceuticals Canada Ltée	Uptрави ^{MC}
Adapt Pharma Canada Ltée	Narcan ^{MC}
Allergan inc.	Ozurdex ^{MC}
Amgen Canada inc.	Vectibix ^{MC}
Amgen Canada inc.	Prolia ^{MC}
Amgen Canada inc.	Repatha ^{MC}
Astellas Pharma Canada inc.	Xtandi ^{MC}
Astellas Pharma Canada inc	Myrbetriq ^{MC} et Vesicare ^{MC}
AstraZeneca Canada inc.	Forxiga ^{MC}
AstraZeneca Canada inc.	Komboglyze ^{MC}
AstraZeneca Canada inc.	Onglyza ^{MC}
AstraZeneca Canada inc.	Xigduo ^{MC}
Bayer inc.	Adempas ^{MC}
Bayer inc.	Xarelto ^{MC}
Bayer inc.	Xofigo ^{MC}
Bayer inc.	Eylea ^{MC}

Nom du fabricant du médicament	Nom du médicament
Bayer inc.	Stivarga ^{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}
Celopharma	Mifegymiso ^{MC}
Eisai inc.	Lenvima ^{MC}
Eli Lilly Canada inc.	Cyramza ^{MC}
Eli Lilly Canada inc	Basaglar ^{MC}
Eli Lilly Canada inc	Taltz ^{MC}
Gilead Sciences inc.	Epclusa ^{MC}
Gilead Sciences inc.	Harvoni ^{MC}
Gilead Sciences inc.	Sovaldi ^{MC}
Gilead Sciences inc.	Vosevi ^{MC}
Gilead Sciences inc.	Zydelig ^{MC}
Gilead Sciences inc.	Genvoya ^{MC}
GlaxoSmithKline inc.	Advair ^{MC} et Advair ^{MC} Diskus ^{MC}
GlaxoSmithKline inc.	Serevent ^{MC} Diskus ^{MC} , Serevent ^{MC} et Serevent ^{MC} Diskhaler ^{MC}

Suite du tableau ➔

Nom du fabricant du médicament	Nom du médicament
GlaxoSmithKline inc.	Breo ^{MC} Ellipta ^{MC}
GlaxoSmithKline inc.	Anoro ^{MC} Ellipta ^{MC}
GlaxoSmithKline inc.	Arnuity ^{MC} Ellipta ^{MC}
GlaxoSmithKline inc.	Nucala ^{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}
Hoffmann-La Roche Ltée	Avastin ^{MC}
Hoffmann-La Roche Ltée	Cotellic-Zelboraf ^{MC}
Hospira	Inflectra ^{MC}
Janssen inc.	Imbruvica ^{MC}
Janssen inc.	Invokana ^{MC}
Janssen inc.	Zytiga ^{MC}
Medexus	Metobject ^{MC}
Merck Canada inc.	Keytruda ^{MC}
Merck Canada inc.	Zepatier ^{MC}
Merck Canada inc.	Brenzys ^{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}

Nom du fabricant du médicament	Nom du médicament
Pendopharm, division de Pharmascience inc.	Ibavyr ^{MC}
Pfizer Canada inc.	Inlyta ^{MC}
Pfizer Canada inc.	Inspra ^{MC}
Pfizer Canada inc.	Xalkori ^{MC}
Pfizer Canada inc.	Xeljanz ^{MC}
Pfizer Canada inc	Ibrance ^{MC}
Sandoz Canada inc.	Erelzi ^{MC}
Sanofi Genzyme	Mozobil ^{MC}
Shire Human Genetic Therapies inc.	Firazy ^{MC}
Sunovion Pharmaceuticals Canada inc.	Aptiom ^{MC}
Sunovion Pharmaceuticals Canada inc.	Latuda ^{MC}
Takeda	Entyvio ^{MC}
UCB Canada Inc.	Cimzia ^{MC}
UCB Canada Inc.	Neupro ^{MC}
Total de la somme globale annuelle reçue en vertu de l'application des ententes d'inscription	32 910 944 \$

Les ententes mentionnées ci-dessus sont celles qui étaient en vigueur au 31 mars 2018. En conformité avec la loi, elles 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. Il faut signaler que le montant total versé en rabais et ristournes a augmenté considérablement en 2017-2018 par rapport à l'exercice précédent puisqu'il se situait alors à 3,9 millions de dollars. Cet écart s'explique par l'augmentation du nombre d'ententes conclues, certaines d'entre elles visant des produits dont le volume des ventes en milieu hospitalier est élevé.

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

En 2017-2018, le MSSS a participé aux rencontres tenues par la Direction de l'allègement réglementaire et administratif du ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations au sujet des principales dispositions de la Politique gouvernementale sur l'allègement réglementaire et administratif.

En application de cette Politique, le MSSS a créé le 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. Un plan de révision des allègements a été produit et soumis pour approbation.

4.8 LA DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES À L'ÉGARD DES ORGANISMES PUBLICS

Pour soutenir et protéger les divulgateurs d'actes répréhensibles, le MSSS a élaboré et diffusé, en septembre 2017, une procédure qui facilite la divulgation de tels actes par les employés. La répondante ministérielle en éthique est responsable de recevoir les divulgations et de vérifier si un acte répréhensible a été commis, ou est sur le point de l'être, tout en s'assurant de l'application de la procédure au sein de l'organisation.

En cas de doute sur le caractère d'un acte perçu, les employés sont invités à en discuter directement avec la répondante ministérielle en éthique afin qu'elle puisse les guider et les accompagner dans leurs démarches ou prendre en charge la divulgation et, ainsi, assurer leur anonymat.

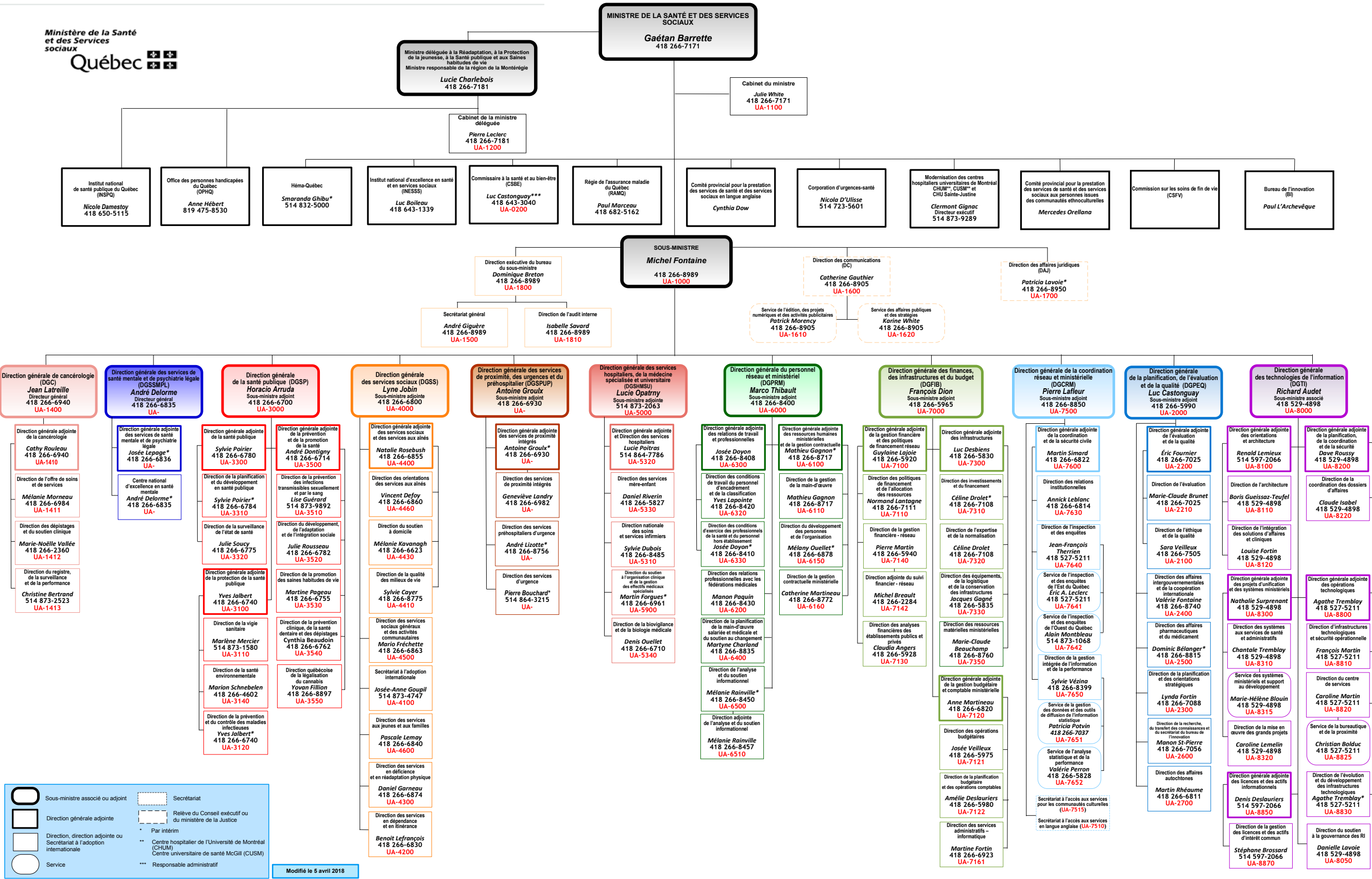
En 2017-2018, aucun acte répréhensible n'a été divulgué à la personne responsable du suivi des divulgations.

Reddition de comptes 2017-2018 en vertu de l'article 25 de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics (RLRQ, chapitre D-11.1)	Nombre de divulgations ou de communications
1. Divulgations reçues par la personne responsable du suivi des divulgations	0
2. Divulgations auxquelles il a été mis fin, en application du paragraphe 3 de l'article 22 ¹	0
3. Divulgations fondées	0
4. Divulgations réparties selon les catégories d'actes répréhensibles visées à l'article 4 :	0
- Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	—
- Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie	—
- Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux que celui-ci gère ou détient pour autrui	—
- Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité	—
- Le fait, par un acte ou par une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte soit à la santé ou à la sécurité d'une personne, soit à l'environnement	—
- Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre l'un des actes répréhensibles précités	—
5. Communications de renseignements, effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ²	0

1. Divulgations transférées au Protecteur du citoyen parce qu'elles ne relèvent pas du mandat de la personne responsable du suivi des divulgations.

2. La rubrique inclut les divulgations qui ont été transférées au Commissaire à la lutte contre la corruption.

LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DU MSSS
AU 31 MARS 2018



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 visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (RLRQ, chapitre L-6.3)
- 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 PAR RAPPORT AU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020

Le présent bilan fait état des résultats au regard des engagements pris dans le cadre du Plan 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 nationale⁹ 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	Résultats 2017-2018
1. 16 % de fumeurs actuels chez les 12 ans ou plus	20,9 %	18,6 %	18,1 %
50 % de la population de 12 ans ou plus consommant 5 fois ou plus de fruits et légumes par jour	47 %	39 %	38 %
51 % de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports	47 %	Atteint 54 %	Atteint 56 %
2. 80 % des malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé ayant été vaccinés contre la grippe	33 %	24 %	Non disponible
3. 35 221 activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (augmentation de 15 % par rapport au 31 mars 2015)	Atteint 35 609 (16 % d'augmentation)	Atteint 40 307 (32 % d'augmentation)	Atteint 43 325 (41 % d'augmentation)

⁹ 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	Résultats 2017-2018
4. 85 % de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	71 %	75 %	78 %
300 GMF	263	Atteint 302	Atteint 325
50 GMF-R (super-cliniques)	0	6	44
75 % des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	62 %	62 %	61 %
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 %	60 %
85 % de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	59 %	60 %	59 %
Durée moyenne de séjour de 12 heures pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,7 heures	15,6 heures	13,7 heures
6. 100 % des demandes en imagerie médicale en attente depuis moins de 3 mois	60 %	62 %	69 %
0 demande de chirurgie en attente depuis plus de 1 an	6 309	3 112	2 198
7. 40 % des personnes de 50 à 74 ans ayant été dépistées pour le cancer colorectal au cours des deux dernières années	Non disponible	30 %	32 %
90 % de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	61 %	63 %	65 %
25,8 décès par 100 000 habitants pour cause de cancer colorectal (diminution de 3,5 décès par 100 000 habitants par rapport à 2010)	29,8 par 100 000 habitants (augmentation de 0,5 décès)	28,9 par 100 000 habitants (diminution de 0,4 décès)	28,8 par 100 000 habitants (diminution de 0,5 décès)

Suite du tableau ➔

Résultats visés	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018
8. 95 % des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant un taux d'infections nosocomiales conforme aux taux établis			
• Diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i>	87 %	94 %	Atteint 98 %
• Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	93 %	91 %	94 %
• Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	94 %	Atteint 98 %	Atteint 96 %
Conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains de 80 % dans les établissements	Non disponible	56 %	59 %
9. 22 plans d'action produits dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services d'ici 2020	4	5	17
10. 150 313 personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (augmentation de 15 % par rapport au 31 mars 2015)	129 554 (diminution de 0,9 %)	132 992 (augmentation de 1,8 %)	141 621 (augmentation de 8,4 %)
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 %	83 %
11. 80 % des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	43 %	72 %	79 %
70 % des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	31 %	56 %	62 %
12. 24 988 usagers d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile (augmentation de 15 % du nombre par rapport au 31 mars 2015)	21 449 usagers (diminution de 1,3 %)	22 796 usagers (augmentation de 4,9 %)	22 793 usagers (augmentation de 4,9 %)
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 %	17,6 %
862 lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie (1 lit par tranche de 10 000 habitants)	804	Atteint 867	Atteint 896

Résultats visés	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018
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	176 jours
90 % 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 %	64 %
14. 4 736 places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	3 962	4 060	Atteint 4 800
12 422 places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	8 297	8 637	11 071
15. 90 % de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance implanté	75 %	82 %	88 %
100 % d'implantation de la Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	Non disponible	Non disponible	Non disponible
16. 10 jeunes sur 1 000 pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,41	10,54	10,76

ORIENTATION 3

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

Résultats visés	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018
17. 80 % de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail	Non disponible	78 %	Non disponible
Taux de mutation de 6 %	4,74 %	9,31 %	13,02 %
Maintien annuel de la certification Entreprise en santé – Élite	Atteint	Atteint	Atteint

Suite du tableau ➔

Résultats visés	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018
18. Taux d'heures supplémentaires de 3,00 (diminution de 5,6 % par rapport au 31 mars 2015)	3,05 (diminution de 4,1 %)	3,42 (hausse de 7,5 %)	4,06 (hausse de 27,7 %)
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 %)	Atteint 2,17 (diminution de 8,8 %)
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 %)	7,42 (hausse de 25,1 %)
19. Mise en œuvre de la réforme sur l'organisation et la gouvernance d'ici 2016	Atteint	Atteint	Atteint
20. 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	Atteint Réduction de 2 532
21. 100 % des établissements ayant déployé leur salle de pilotage stratégique d'ici 2018	Non disponible	87 %	Atteint 100 %
22. 80 % des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvertes par le financement axé sur le patient	8,7 %	9,4 %	9,5 %
23. 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	Atteint
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 DSQ	Atteint	Atteint	Atteint
100 % des établissements publics qui ont mis en place le dossier clinique informatisé Cristal-Net dans au moins une installation de mission de centre hospitalier	Non disponible	6 %	9 %



msss.gouv.qc.ca