



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2006-2007

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2006-2007

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Coordination

Direction des politiques et des orientations stratégiques

Édition produite par :

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

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-550-50754-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-50755-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par
quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion
de ce document, même partielles, sont interdites sans
l'autorisation préalable des Publications du Québec.
Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce
document à des fins personnelles et non commerciales
est permise, uniquement sur le territoire québécois et à
condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2007

RAPPORT ANNUEL DE GESTION
RAPPORT ANNUEL DE GESTION
RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2006 • 2007

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



Message du ministre

Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

C'est avec plaisir que je vous transmets le *Rapport annuel de gestion 2006-2007* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce rapport présente des résultats obtenus au regard du *Plan stratégique 2005-2010* et de la *Déclaration de services aux citoyens*. De plus, il fait état de l'utilisation des ressources allouées au Ministère ainsi que de l'application de politiques et de programmes gouvernementaux.

Le présent rapport annuel de gestion atteste des réalisations du Ministère et du réseau pour répondre aux besoins actuels de la population en matière de santé et de services sociaux. Ainsi, au cours de la présente année, des actions ont été menées en vue de promouvoir les saines habitudes de vie, de réduire l'usage du tabac, de renforcer l'accès aux services médicaux de première ligne ainsi qu'aux services de soutien à domicile.

De plus, l'année 2006-2007 s'est caractérisée par l'adoption de mesures pour réduire les délais d'accès aux services médicaux spécialisés et pour accroître l'accessibilité et le bon usage des médicaments. Des mesures législatives ont été adoptées pour améliorer les services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille. Des travaux ont également été entrepris pour rendre possible, par voie électronique, le partage sécuritaire de certaines informations de santé des patients entre les professionnels du réseau. Enfin, des actions se sont poursuivies pour assurer la disponibilité des médecins et des professionnels dans l'ensemble du Québec.

Je remercie l'ensemble du personnel du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux pour tout le travail accompli afin d'améliorer la qualité des services offerts à la population du Québec. Je tiens particulièrement à souligner le profond engagement de toutes ces personnes du réseau qui répondent quotidiennement aux multiples besoins de soins et de services de nos concitoyennes et concitoyens.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Message du sous-ministre

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Monsieur le Ministre,

Je vous sou mets le *Rapport annuel de gestion 2006-2007* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce document témoigne des principales réalisations du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux pour l'exercice financier qui a pris fin le 31 mars 2007. Il présente notamment les résultats obtenus au regard des objectifs du *Plan stratégique 2005-2010* et pour lesquels des actions déterminantes ont été accomplies.

Le rapport annuel de gestion comprend une déclaration de la direction du Ministère relativement à la fiabilité des données qui y sont présentées. La validation de l'information a également été effectuée par la Direction de la vérification interne à la demande du Comité ministériel de vérification.

Je tiens tout particulièrement à remercier le personnel du Ministère pour sa contribution au bon fonctionnement du système de services de santé et de services sociaux. Le personnel du Ministère exerce un rôle essentiel dans l'élaboration, le soutien à la mise en œuvre et le suivi des orientations ministérielles, en étroite collaboration avec nos partenaires du réseau.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Roger Paquet
Sous-ministre

Table des matières

Liste des sigles.....	13
-----------------------	----

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux	15
---	----

Le rapport de validation de la vérification interne	17
---	----

Partie 1

Le ministère de la Santé et des Services sociaux.....	19
1.1. La mission	19
1.2. L'organisation administrative	19
1.3. Le réseau de la santé et des services sociaux	20

Partie 2

Le contexte et les faits saillants de l'année 2006-2007	23
2.1. L'accès aux services médicaux spécialisés	23
2.2. La révision de la Loi sur la protection de la jeunesse	23
2.3. La qualité des services	24
2.4. La promotion des saines habitudes de vie	24
2.5. La Politique du médicament	25
2.6. La mise en place du Dossier de santé du Québec	25
2.7. La modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal	26

Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 27

ENJEU

3.1. Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes	28
3.1.1 <i>Le Programme national de santé publique et l'action intersectorielle</i>	28
3.1.2 <i>Les saines habitudes de vie</i>	29
3.1.3 <i>La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang</i>	31
3.1.4 <i>Autres résultats</i>	32

ENJEU

3.2. L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables	33
3.2.1 <i>Les groupes de médecine de famille</i>	33
3.2.2 <i>Les urgences</i>	34
3.2.3 <i>Les chirurgies et la cardiologie tertiaire</i>	36
3.2.4 <i>La lutte contre le cancer</i>	38
3.2.5 <i>Les services de soutien à domicile</i>	41
3.2.6 <i>La qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée</i>	43
3.2.7 <i>Les services destinés aux jeunes et à leur famille</i>	45
3.2.8 <i>Les services de santé mentale</i>	47
3.2.9 <i>Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique</i>	49
3.2.10 <i>Les services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement</i>	50
3.2.11 <i>Les services destinés aux personnes aux prises avec une dépendance</i>	52
3.2.12 <i>Autres résultats</i>	54

ENJEU

3.3. L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services	56
3.3.1 <i>La qualité et la prestation sécuritaire des services</i>	56
3.3.2 <i>La traçabilité des produits sanguins</i>	58
3.3.3 <i>Les médicaments</i>	59
3.3.4 <i>L'information à la population</i>	60
3.3.5 <i>Les effectifs médicaux</i>	62
3.3.6 <i>Le personnel du réseau</i>	65
3.3.7 <i>L'utilisation des ressources informationnelles</i>	67

ENJEU

3.4. La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux	69
--	----

Partie 4

Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens	71
4.1. Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux	71
4.2. 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	72
4.3. Les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application	73
4.4. Les plaintes	75

Partie 5

L'utilisation des ressources	77
5.1. Les ressources humaines	77
5.2. Les ressources budgétaires et financières	78
5.3. Les ressources informationnelles	81

Partie 6

L'application de certaines politiques gouvernementales	83
6.1. L'accès à l'égalité en emploi et la représentation féminine	83
6.2. L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels	85
6.3. La politique linguistique	86
6.4. Le développement durable	86
6.5. Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé	87
6.6. Le suivi des recommandations du rapport du Vérificateur général du Québec	88
Conclusion	101
Annexes	102
Annexe I La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux	102
Annexe II L'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux	104
Annexe III Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux	106

Liste des sigles

CAU	Centre affilié universitaire
CCS	Centre de communication santé
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DSQ	Dossier de santé du Québec
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RGAM	Régime général d'assurance médicaments
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
TED	Trouble envahissant du développement
UMF	Unité de médecine familiale
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de la responsabilité de la direction du Ministère. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, la direction a maintenu des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer la réalisation des objectifs fixés dans le *Plan stratégique 2005-2010* et la *Déclaration de services aux citoyens*.

De plus, la Direction de la vérification interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications que contiennent les deux sections touchant à la présentation des résultats du rapport annuel de gestion et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information¹ présentée dans le rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les contrôles y afférents sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2007.

Les membres du Comité de direction,

Roger Paquet
Sous-ministre

Michel A. Bureau
Directeur général
Services de santé et médecine universitaire

Louise Montreuil
Sous-ministre adjointe
Planification stratégique, évaluation et qualité

Marie-Josée Guérette
Sous-ministre adjointe
Services sociaux

Lise Verreault
Sous-ministre adjointe
Personnel réseau et ministériel

Alain Poirier
Directeur national de santé publique
Sous-ministre adjoint
Santé publique

Jacques Cotton
Sous-ministre adjoint
Coordination, financement, équipement
et ressources informationnelles

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 10 septembre 2007

1. Voir les commentaires relatifs à la fiabilité des résultats dans certains secteurs d'activité (partie 3).

Le rapport de validation de la vérification interne

Monsieur le Sous-ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contiennent les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 » et « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2007. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du Ministère.

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

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes. Les travaux ont consisté 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 sur l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Tel que mentionné à la section « Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 » relatif à la fiabilité des résultats fournis par les agences, certains résultats proviennent de banques d'information centrales qui sont validées quelques mois après la date de tombée du rapport annuel de gestion. En conséquence, nous n'avons pu quantifier les modifications qui seront apportées ultérieurement à des résultats présentés dans celui-ci. Les résultats concernés par cette remarque sont identifiés lors de leur présentation.

Au terme de notre examen, en considérant le commentaire ci-haut mentionné, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 » et « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » du rapport annuel de gestion n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de la vérification interne,

Viateur Laplante, F. Adm. A.
Directeur

Daniel Paquet, c.a.
Chargé de projet

Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 10 septembre 2007

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

1.1. La mission

Le Ministère a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Le rôle premier du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Le Ministère est responsable de la définition des priorités, des objectifs et des orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux, et veille à leur application. Le Ministère évalue également les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

En vertu de son mandat, le Ministère propose 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.

Les lois régissant et encadrant les activités du Ministère sont présentées à l'annexe I.

1.2. L'organisation administrative

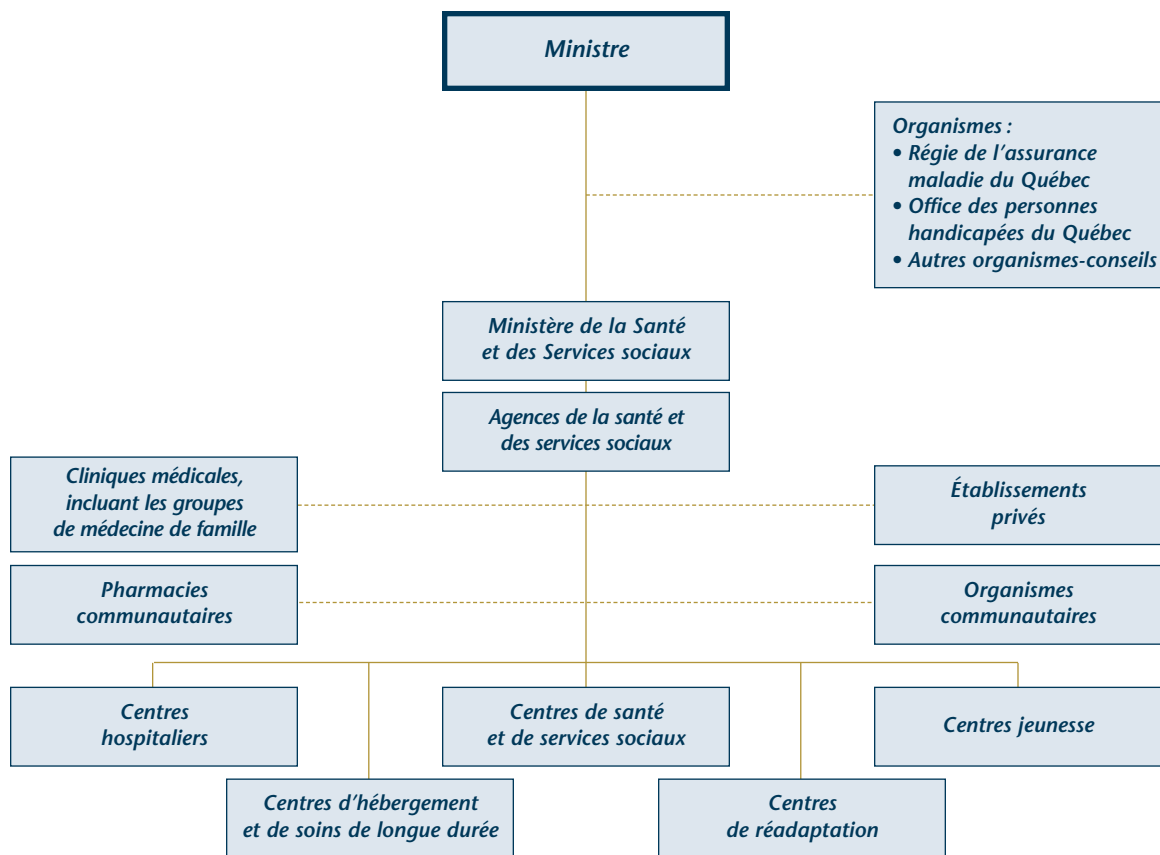
Le Ministère compte six directions générales :

- la Direction générale de la santé publique ;
- la Direction générale des services sociaux ;
- la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire ;
- la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité ;
- la Direction générale du personnel réseau et ministériel ;
- la Direction générale de la coordination, du financement, de l'équipement et des ressources informationnelles.

La direction supérieure du Ministère est assumée par le sous-ministre et elle comprend le Secrétariat général, la Direction de la vérification interne, la Direction des communications, la Direction des affaires juridiques ainsi que le Bureau du Dossier de santé du Québec. L'organigramme du Ministère est présenté à l'annexe II.

Par ailleurs, 14 organismes relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux. La mission de ces organismes est décrite à l'annexe III. La reddition de comptes du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et celle du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles y sont également présentées, puisque ces organismes ne publient pas leur propre rapport annuel de gestion.

1.3. Le réseau de la santé et des services sociaux



Les organisations régionales

Le Ministère remplit sa mission en partageant ses responsabilités avec dix-huit autorités régionales qui sont imputables de l'organisation des services sur leur territoire respectif. On compte quinze agences de la santé et des services sociaux. Les autres organisations régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Les agences exercent les fonctions nécessaires à la coordination et à la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région, particulièrement en matière de financement, de répartition des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés. Elles facilitent également le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Enfin, elles fournissent les services régionaux de santé publique en matière de surveillance de l'état de santé et de bien-être, de promotion, de prévention et de protection.

Les établissements

En 2006-2007, le réseau de la santé et des services sociaux était composé de 297 établissements, dont 193 étaient publics et 104 privés. Ces établissements sont des entités juridiques dotées de capacités et de responsabilités légales. Ils possèdent un permis du ministre pour des services correspondant aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux². Les établissements gèrent 1 736 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 193 établissements publics se répartissent comme suit :

- 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) ;
- 29 centres hospitaliers (CH), dont 20 qui sont également des CHSLD et 2 qui constituent aussi des CHSLD et CR ;
- 8 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- 16 centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et centres de réadaptation (CR), désignés centres jeunesse ;
- 41 centres de réadaptation (CR) ;
- 4 centres à missions multiples pour les régions nordiques.

Il faut souligner que cinq centres hospitaliers ont un statut universitaire (CHU). De plus, six autres centres hospitaliers et cinq CSSS ont une désignation de centre affilié universitaire (CAU). Neuf établissements sont désignés instituts universitaires, soit six dans le secteur de la santé et trois dans le secteur social.

Enfin, quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) favorisent la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé et des universités auxquelles ils sont affiliés.

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

Outre les ressources institutionnelles déjà nommées, des ressources privées, intermédiaires ou communautaires ainsi que des entreprises d'économie sociale complètent le réseau. Il s'agit plus particulièrement d'environ :

- 2 000 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 125 groupes de médecine de famille (GMF) et 23 cliniques-réseau ;
- 1 630 pharmacies communautaires ;
- 1 830 ressources intermédiaires ;
- 9 280 ressources de type familial ;
- 2 240 résidences privées avec services pour personnes âgées ;
- 3 260 organismes communautaires ;
- 100 entreprises d'économie sociale en aide domestique.

Les effectifs du réseau

La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente environ 6,5 % de la population active du Québec. Parmi les quelque 267 000 personnes hautement qualifiées qui composent le réseau sociosanitaire en 2006-2007, on compte approximativement :

2. Les cinq missions définies par la Loi sont : CH, CHSLD, CLSC, CR et CPEJ.

- plus de 800 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère et plus de 1 600 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- 238 500 salariés, cadres ou syndiqués dans les agences et les établissements publics, dont 100 550 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires ;
- 25 800 professionnels touchant une rémunération de la RAMQ, dont 7 710 médecins omnipraticiens, 8 160 médecins spécialistes et 2 360 médecins résidents ainsi que 1 765 pharmaciens propriétaires, 3 500 dentistes et 1 235 optométristes.

Les partenaires du domaine sociosanitaire

Des organisations très actives dans le secteur de la santé et des services sociaux sont aujourd'hui reconnues comme des partenaires majeurs à la mission du Ministère :

- 6 associations qui représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- 21 ordres professionnels qui assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques ;
- plusieurs organismes qui défendent les intérêts des différents groupes d'utilisateurs ;
- plusieurs des grandes organisations syndicales du Québec qui représentent les employés du secteur de la santé et des services sociaux ;
- les représentants des organismes communautaires ;
- les regroupements d'assureurs et l'industrie pharmaceutique dans le cadre du Régime général d'assurance médicaments (RGAM).

Les autres secteurs de l'État sont interpellés lorsqu'il s'agit de prévenir les problèmes de santé et de bien-être ainsi que de soutenir les personnes vulnérables. Le Ministère s'associe avec plusieurs partenaires gouvernementaux (revenu, éducation, environnement, etc.) pour intervenir efficacement sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Le Ministère et son réseau entretiennent également des relations directes avec les acteurs des différents milieux de vie, comme les écoles, les milieux de travail et les municipalités, afin d'améliorer les conditions de vie des individus.

Le contexte et les faits saillants de l'année 2006-2007

Plusieurs facteurs influencent fortement les orientations du système de santé et de services sociaux, comme le vieillissement de la population, l'évolution de l'état de santé et de bien-être, les attentes de la population en matière d'accessibilité et de qualité des soins et des services, la disponibilité des ressources humaines, les changements dans les façons de faire liées notamment aux nouvelles technologies ainsi que la situation des finances publiques.

Les principales réalisations du Ministère pour l'année 2006-2007 s'inscrivent dans ce contexte et témoignent de sa volonté de poursuivre la consolidation des démarches entreprises au cours des dernières années, notamment en matière de promotion de saines habitudes de vie et de protection de la santé, d'accessibilité aux services généraux et spécialisés, de qualité des services ainsi que d'utilisation optimale des ressources.

2.1. L'accès aux services médicaux spécialisés

Le projet de loi n° 33, adopté en décembre 2006, modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il permet d'améliorer l'accès aux services spécialisés et surspécialisés tout en fournissant une réponse satisfaisante au jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli-Zélotis. Les nouvelles dispositions législatives prévoient :

- la mise en place, dans chaque centre hospitalier, d'un mécanisme afin d'assurer le cheminement adéquat des patients, de leur inscription sur une liste d'accès à l'obtention de leur intervention;
- la création de centres médicaux spécialisés pour assurer la qualité et la sécurité des interventions réalisées dans les cliniques médicales privées composées exclusivement de médecins participants ou de médecins non participants au régime public d'assurance maladie;
- la possibilité pour les centres hospitaliers de s'associer à un centre médical spécialisé composé de médecins participants, à un laboratoire ou à une clinique médicale pour y faire dispenser certains services médicaux spécialisés qui ne requièrent pas la présence d'une infrastructure hospitalière;
- une ouverture limitée à l'assurance privée pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou et pour l'extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire.

2.2. La révision de la Loi sur la protection de la jeunesse

En juin 2006, d'importantes modifications³, qui constituent des gains pour les enfants du Québec, ont été apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Tout en réaffirmant le principe voulant que la première orientation à privilégier demeure le maintien ou la

3. Projet de loi n° 125.

réinsertion de l'enfant dans son milieu familial, la Loi prévoit désormais qu'à défaut de pouvoir le faire, les décisions doivent permettre d'assurer à l'enfant un milieu de vie stable de façon permanente. En vue d'éviter les allers-retours entre la famille de l'enfant et les milieux d'accueil, des durées maximales de placement sont établies à la suite desquelles différentes mesures peuvent être envisagées, par exemple un placement à long terme chez un membre de la famille élargie ou en famille d'accueil, une tutelle ou une adoption.

Plusieurs modifications introduisent des mesures permettant à l'enfant et aux parents de participer activement à la prise de décision et au choix des mesures qui les concernent, diminuant ainsi la nécessité de recourir au tribunal. D'autres modifications visent à alléger les procédures judiciaires, pour faciliter le passage à la cour pour les parents et les enfants de même qu'accélérer le traitement de leurs dossiers.

L'élaboration de définitions plus précises quant aux motifs qui justifient une intervention du directeur de la protection de la jeunesse favorisera un recours plus judicieux à la LPJ par la population en général, les familles elles-mêmes et les intervenants (école, CSSS, etc.). De plus, le recours à l'hébergement d'un jeune dans une unité d'encadrement intensif est désormais balisé par la Loi et par un règlement.

Enfin, des modifications sont apportées concernant la communication, l'accès, la conservation et la divulgation de renseignements personnels touchant l'enfant et ses parents.

2.3. La qualité des services

La qualité des services est au cœur des préoccupations du réseau de la santé et des services sociaux. Plusieurs mesures sont en place afin d'assurer à la population des services de santé et des services sociaux de qualité.

Cette année, afin de poursuivre la lutte aux infections nosocomiales, le Ministère a rendu public le *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009*. Ce document présente les actions qui seront réalisées, notamment dans les domaines de la surveillance, de la formation, de l'évaluation, de la communication et de la gestion des éclosions. De plus, un cadre de référence a été fourni aux établissements pour les soutenir dans l'élaboration et la mise en place d'un programme local de prévention et de contrôle des infections.

La qualité touche aussi les lieux de résidence. À cet effet, le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées est entré en vigueur en février 2007. D'ici février 2009, tout exploitant d'une résidence pour personnes âgées devra obtenir un certificat de conformité. À cette fin, les exploitants doivent démontrer que leur résidence respecte un ensemble de critères sociosanitaires concernant notamment l'accueil, la confidentialité, l'assistance, la sécurité des lieux, l'accès aux premiers soins et la médication.

2.4. La promotion des saines habitudes de vie

Les dispositions législatives relatives à l'usage du tabac dans les endroits publics sont entrées en vigueur le 31 mai 2006. Le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010* a également été diffusé au cours de ce même mois. Il vise à la fois la prévention de l'initiation au tabagisme, l'abandon de la consommation du tabac et la protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.

En octobre 2006 a été lancé *Investir pour l'avenir – Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Ce plan touche sept ministères et trois organismes gouvernementaux. Il vise la mise en place d'actions pour que les environnements favorisent une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif ainsi que pour prévenir les problèmes reliés au poids et leurs conséquences, et ce, tant chez les individus que dans la société. Un partenariat entre le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon a été annoncé en complément au plan d'action. Ainsi, l'entente entre le gouvernement du Québec et la Fondation prévoit une contribution de 40 millions de dollars par an sur une période de dix ans.

2.5. La Politique du médicament

Le Québec a innové en février 2007 en lançant une politique du médicament unique en son genre en Amérique du Nord. Cette politique devrait permettre de concilier la capacité de payer de l'État et du citoyen. Elle met de l'avant une série de mesures favorisant un usage optimal des médicaments tout en reconnaissant l'importance du développement économique de ce secteur d'activité.

L'accessibilité des médicaments est la pierre angulaire de la Politique du médicament. Parmi les moyens, certains processus seront révisés afin d'assurer l'accès aux médicaments du Régime général d'assurance médicaments (RGAM) en temps opportun. De plus, la gratuité des médicaments est élargie à certaines personnes vulnérables sur le plan financier.

La Politique du médicament permet, notamment, une indexation dûment encadrée du prix des médicaments suivant le rythme de l'inflation tout en maintenant l'obligation, pour les fabricants de médicaments, d'offrir au Québec le meilleur prix au Canada.

Afin de favoriser un usage optimal des médicaments, la Politique propose des moyens tels que le partage d'information entre le médecin et le pharmacien, la révision de la médication à domicile et la mise sur pied d'un service Info-Médicaments.

Enfin, la Politique du médicament vise le maintien d'une industrie biopharmaceutique dynamique, celle-ci étant à l'origine de quelque 18 600 emplois directs au Québec. Ainsi, elle préconise, entre autres, le maintien du remboursement du médicament d'origine pour une période de quinze ans, même si un médicament générique existe.

2.6. La mise en place du Dossier de santé du Québec

Pour faire suite à l'adoption, en novembre 2005, du projet de loi n° 83 visant à permettre la circulation de l'information clinique auprès des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, le Ministère a entrepris, en 2006-2007, des travaux importants devant conduire à la mise en œuvre d'un dossier de santé électronique, soit le Dossier de santé du Québec (DSQ). Pour les personnes qui y auront consenti, le DSQ rendra possible le partage sécuritaire de certaines informations de santé des patients entre les équipes de cliniciens aux paliers local, régional ou suprarégional. Il favorisera ainsi un suivi optimal en tout temps et un meilleur accompagnement des patients, quel que soit le lieu où ils recevront des services de santé à travers le Québec.

Au cours de l'année 2006-2007, une équipe de gouverne de même que des équipes de projets ont été mises en place. Un plan d'affaires a été préparé pour préciser les contours des projets ainsi que les orientations pour le déploiement des systèmes. De plus, les études de conception et d'architecture des principaux systèmes constituant le DSQ ont été complétées.

Ces systèmes concernent essentiellement les résultats d'examens de laboratoire et d'imagerie diagnostique, le profil pharmacologique, les données immunologiques, la constitution des dépôts de données, la visualisation du DSQ ainsi que le contrôle des accès aux informations.

La prochaine année sera marquée par la réalisation de ces systèmes et leur expérimentation dans le cadre d'un projet pilote dans la région de Québec auprès d'une cinquantaine d'intervenants œuvrant dans une douzaine d'établissements et organismes.

2.7. La modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal

Le Bureau de gestion des projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine) a été mis en place à la suite d'une décision du Conseil des ministres, datée du 23 mars 2005 (annexe III).

En avril 2006, le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que la présidente du Conseil du trésor et ministre responsable de l'Administration gouvernementale ont annoncé le coup d'envoi officiel de la phase opérationnelle des projets de modernisation du CHUM, du CUSM et du CHU Sainte-Justine. En juillet, deux firmes ont été retenues, respectivement pour le CHUM et le CUSM, pour effectuer l'analyse comparative des coûts et bénéfices du mode partenariat public-privé (PPP) et de l'approche conventionnelle pour la réalisation de certaines composantes des projets de modernisation.

Par ailleurs, la Table de concertation sur la médecine universitaire à Montréal a déposé son rapport en juillet 2006. Ce rapport indique certains secteurs où peuvent s'implanter diverses formes de complémentarité entre le CHUM et le CUSM, pour le secteur adulte, ainsi qu'entre le CHU Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants, en ce qui concerne le secteur pédiatrique. Des recommandations portent également sur la gouvernance de la complémentarité et sur la façon dont elle doit s'organiser entre les établissements, les réseaux universitaires intégrés de santé, les agences de la santé et des services sociaux et le Ministère.

Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010

Le *Plan stratégique 2005-2010* du ministère de la Santé et des Services sociaux établit les objectifs sur lesquels doit s'effectuer la reddition de comptes du Ministère. La présente section fait état des principaux résultats atteints pour l'année 2006-2007. Ces résultats sont présentés en fonction des quatre enjeux du plan stratégique du Ministère :

- Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes.
- L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables.
- L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services.
- La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux.

À l'intérieur de chaque enjeu, les objectifs pour lesquels des actions déterminantes ont été réalisées sont regroupés par thème et ils sont assortis de commentaires sur les résultats atteints. D'autres résultats complètent la présentation dans un tableau synthèse à la fin de chaque enjeu. Par ailleurs, une information plus détaillée concernant l'atteinte de ces objectifs apparaît dans les rapports annuels de gestion des agences de la santé et des services sociaux.

La fiabilité des résultats

La reddition de comptes du Ministère repose en partie sur les résultats obtenus dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité conclues avec les agences. Ces résultats sont produits à partir de données provenant des établissements et entérinées par les bilans annuels fournis par les agences. Ces bilans sont accompagnés d'une déclaration de chaque président-directeur général qui en atteste la fiabilité. Ainsi, les données livrent une information significative et répondent aux impératifs émanant du suivi des objectifs ministériels.

Plusieurs résultats concernant la prestation des services de santé et des services sociaux revêtent une certaine particularité en ce qui concerne la fiabilité et ils demeureront toujours perfectibles, tant en raison du volume imposant de données à traiter qu'en raison du nombre important d'intervenants qui alimentent les banques d'information et traitent les données. Par ailleurs, une confirmation des résultats n'est possible qu'à partir de données provenant des banques d'information centrales, soit quelques mois après la date de tombée du rapport annuel de gestion. Des efforts sont toutefois déployés afin d'évaluer l'écart entre ces données finales et celles présentées dans le rapport annuel de gestion.

Le Ministère poursuit ses travaux afin de mettre en place des mesures visant une meilleure intégration des systèmes d'information et l'amélioration continue de la fiabilité des données. Au cours de l'année 2007, un groupe de travail sur les indicateurs de gestion se penchera sur la disponibilité des données ainsi que sur la qualité et la fiabilité des indicateurs de résultats retenus pour les ententes de gestion.

Les résultats dont la fiabilité ne peut être attestée au moment de la publication du rapport annuel de gestion sont identifiés lors de leur présentation.

Pour le présent exercice, la majorité des résultats présentés n'incluent pas les données provenant de la région du Nord-du-Québec. Enfin, en raison de leurs caractéristiques sociosanitaires et administratives, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James requièrent la dispensation de services distincts dont le suivi ne peut se faire au moyen des indicateurs utilisés dans les autres régions. En conséquence, les données pour ces régions ne sont pas incluses dans le présent rapport.

3.1. Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes

Orientation : Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en promotion, en prévention et en protection

3.1.1 Le Programme national de santé publique et l'action intersectorielle

Objectif Poursuivre l'implantation des activités prévues au Programme national de santé publique

Indicateur	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Proportion des activités implantées par rapport à celles prévues pour les deux premiers cycles d'implantation du <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i>	Ne s'applique pas	70 % des activités prévues au premier cycle aux paliers régional et local

Objectif Élaborer et implanter une stratégie de soutien à l'action intersectorielle, notamment en matière :

- de sécurité et de transport
- d'alimentation et d'activité physique
- d'agriculture et d'environnement
- de lutte aux inégalités

Indicateur	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Dépôt de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle en 2007	Dépôt d'une stratégie	Dépôt d' <i>Investir pour l'avenir – Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012</i>

L'implantation des activités prévues au Programme national de santé publique

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* définit les activités de santé publique qui doivent être offertes dans toutes les régions ou territoires locaux du Québec. La stratégie globale d'évaluation du programme prévoit, par ailleurs, la production d'un bilan à la fin du premier cycle d'implantation. Les résultats de ce bilan, présentés dans le présent rapport, sont issus d'un questionnaire sur l'état d'implantation des activités du programme prévues au premier cycle acheminé aux directeurs de santé publique en mars 2007.

Ainsi, au 31 mars 2007, 70 % des activités prévues au premier cycle du Programme national de santé publique, peuvent être considérées comme implantées ou en voie de l'être. L'implantation d'une activité réfère à la disponibilité de celle-ci dans une région ou un territoire local, selon le cas. Celle-ci peut être offerte à des degrés variables dans les différentes régions. Les

domaines des maladies infectieuses et de la santé environnementale affichent les plus fortes proportions d'activités implantées ou en voie d'être implantées dans les régions. Des efforts sont à poursuivre pour soutenir l'implantation des activités du programme, tout particulièrement dans les domaines du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale ainsi que des traumatismes non intentionnels. Les travaux de mise à jour actuellement en cours devraient permettre de renforcer la mobilisation des acteurs autour du Programme national de santé publique et de favoriser l'implantation des activités des différents domaines d'intervention.

La stratégie de soutien à l'action intersectorielle

Un plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids a été lancé en octobre 2006 à l'occasion des Journées annuelles de santé publique. Les détails concernant la production de ce plan sont présentés dans la partie 2 du présent rapport. Par ailleurs, une stratégie globale de soutien à l'action intersectorielle visant à soutenir les acteurs des autres secteurs pour une action efficace sur les déterminants de la santé et du bien-être est présentement en préparation.

3.1.2 Les saines habitudes de vie

Objectif Implanter des services de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Proportion de territoires locaux où sont implantés ces services	63 %	Augmentation	76 %

Objectif Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Proportion d'agences qui se sont dotées d'un plan de déploiement de l'approche « École en santé »	81,3 %, soit 13 agences sur 16, incluant la région du Nord-du-Québec	Augmentation	93,8 %, soit 15 agences sur 16, incluant la région du Nord-du-Québec
Proportion de territoires locaux qui se sont dotés d'un plan de déploiement de l'approche « École en santé »	59,4 %	Augmentation	91,7 %
Nombre d'écoles où est implantée l'approche « École en santé »	238 écoles sur 2 530	Augmentation	435 écoles sur 2 728

Objectif Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Bilan des activités liées à la révision et à la mise à jour de la Loi sur le tabac	Ne s'applique pas	Suivi des activités liées à la mise à jour de la Loi	Activités de mise à jour suivies

La promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques

Des activités de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques figurent parmi les activités à déployer prioritairement dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ces activités visent notamment la saine alimentation, la pratique régulière d'activité physique, le non-usage du tabac ainsi que le soutien à la création d'environnements sécuritaires et favorables à la santé et au bien-être.

Au Québec, en 2006-2007, 76 % des territoires locaux, incluant le territoire du Nord-du-Québec, ont offert des activités de promotion concernant les quatre déterminants précités, ce qui représente une augmentation par rapport au résultat obtenu l'an dernier. La presque totalité des territoires locaux ont offert des activités de promotion et de consultation axées sur la nutrition, le non-usage du tabac et l'activité physique. Par ailleurs, 76 % de ceux-ci ont offert des activités de soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être. Des efforts pour soutenir l'implantation de ces activités doivent se poursuivre en lien avec le déploiement des mesures du récent Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids.

L'approche « École en santé »

L'approche « École en santé » est une démarche qui vise à réunir, dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école, une offre globale et concertée d'interventions appropriées en promotion de la santé et en prévention, lesquelles sont destinées aux jeunes qui fréquentent les écoles préscolaires, primaires et secondaires. Le développement et le déploiement de cette approche sont sous la responsabilité conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Au 31 mars 2007, 15 régions du Québec se sont donné un plan régional de mise en œuvre de l'approche « École en santé ». De plus, 88 territoires locaux (91,7 %), incluant le territoire du Nord-du-Québec, ont élaboré un plan local de mise en œuvre de l'approche « École en santé ». Enfin, 16 % des écoles publiques du Québec, soit 435 sur 2 728, mettent en œuvre cette approche.

La Loi sur le tabac

Le Plan québécois de lutte contre le tabagisme poursuit trois objectifs : la protection des non-fumeurs, la prévention de l'initiation au tabagisme et le soutien à la cessation tabagique.

Depuis le 31 mai 2006, en vertu des nouvelles dispositions de la Loi sur le tabac, il est interdit de fumer dans la plupart des lieux publics. De plus, la vente des produits du tabac est désormais limitée aux points de vente qui répondent à des normes précises et dont l'enregistrement est obligatoire.

Le Service de lutte contre le tabagisme s'assure du respect de la Loi grâce à une équipe d'inspecteurs et d'aides-inspecteurs. En 2006-2007, le service a reçu près de 19 000 demandes de renseignements et plaintes relatives à l'application de la Loi. Le nombre de plaintes s'élève à 3 408, dont 21,9 % portaient sur le respect de l'interdiction de fumer dans les milieux de travail et 19,9 % dans les bars. Durant cette même période, 8 078 inspections ont été réalisées dans différents lieux visés par la Loi et près de 20 000 visites d'observation ont été effectuées dans les bars. Au total, 1 069 constats d'infraction ont été délivrés, soit 536 à des individus alors que 533 ont été délivrés aux exploitants.

De nombreux efforts ont été déployés afin d'informer la population et de soutenir et mobiliser les différents intervenants (exploitants, détaillants, directeurs d'école) quant aux nouvelles dispositions de la Loi : tournées d'information, conception et diffusion de matériel de soutien, lettres, guides, affiches, etc. Des activités en prévention et en cessation sont aussi réalisées en partenariat avec les directions de santé publique et divers organismes non gouvernementaux.

3.1.3 La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Objectif Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du virus de l'hépatite C et des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs des SIDEPS	n. d.	3 339	3 632*
Nombre d'interventions de vaccination des clientèles vulnérables hors les murs des SIDEPS	n. d.	2 688	4 743*

* Les résultats 2006-2007 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Le dépistage et la vaccination auprès des clientèles vulnérables sont des activités importantes de prévention du VIH/sida, du virus de l'hépatite C (VHC), des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et des infections évitables par l'immunisation. Les indicateurs retenus concernent les clientèles vulnérables rejointes hors les murs par les intervenants des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPS). Ainsi, les intervenants doivent rejoindre les clientèles vulnérables là où elles se trouvent, soit dans leurs milieux de proximité que sont entre autres les parcs, les centres de détention, la rue, etc.

Les résultats obtenus, pour l'ensemble du Québec, dépassent les cibles prévues de 8,9 % pour les activités de dépistage des ITSS et de 76,5 % pour les interventions de vaccination hors les murs des SIDEPS. Pour la majorité des régions, des efforts marqués ont été déployés afin de rencontrer les clientèles vulnérables là où elles se trouvent.

En ce qui a trait aux activités de dépistage des ITSS, seules trois régions n'ont pu atteindre leur cible, et ce, en raison d'un changement dans la méthode de calcul de l'indicateur et de difficultés pour identifier des milieux de proximité afin de réaliser les activités hors les murs.

Concernant les interventions de vaccination, les résultats dépassent de beaucoup la cible, et ce, en partie parce que les clientèles vulnérables acceptent plus facilement d'être vaccinées que d'être dépistées. Quatre régions n'ont pas atteint leur cible. Cette situation s'explique par les différents programmes de vaccination déjà existants avant la venue des SIDEPS. Également, ces régions ont éprouvé des difficultés à identifier des milieux de proximité pour réaliser leurs activités hors les murs. De plus, certaines régions n'ont pas atteint la cible en raison de la fermeture de certains centres de désintoxication et du fait que le personnel des bars est de plus en plus jeune et, donc, déjà vacciné (à l'école ou par le programme de vaccination gratuite pour les clientèles vulnérables).

3.1.4 Autres résultats

Objectif	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme
-----------------	---

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation par la ligne téléphonique 1-800	n. d.	n. d.	13 837
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	Individuel : 4 871	Individuel : 4 764 En groupe : 742	Individuel : 5 560* En groupe : 1 231*

* Les résultats 2006-2007 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

3.2 L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables

Orientation : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne et réduire l'encombrement des urgences

3.2.1 Les groupes de médecine de famille

Objectif Assurer à la population l'accès à un médecin de famille, notamment par la mise en place de l'équivalent de 300 groupes de médecine de famille d'ici 2010

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre total de GMF implantés	108 GMF 12 cliniques-réseau	138 GMF	125 GMF 23 cliniques-réseau
Pourcentage de la population inscrite en GMF	11 %, soit 781 585 personnes	Ne s'applique pas	14 %, soit 1 041 847 personnes

L'implantation de groupes de médecine de famille (GMF) vise à faciliter l'accès à un médecin de famille et à améliorer la qualité des soins médicaux généraux offerts à la population québécoise dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille. Les médecins et les infirmières des GMF travaillent en collaboration avec d'autres professionnels du réseau selon une approche interdisciplinaire, afin d'offrir une gamme complète de services et ainsi assurer un suivi global des personnes inscrites.

Au 31 mars 2007, 125 GMF sont implantés au Québec. Cela implique environ 239 sites cliniques et 1 454 médecins. De plus, 230 infirmières y travaillent et 58 centres de santé et de services sociaux sont partenaires par le biais d'ententes.

La mise en œuvre des GMF est progressive et nécessite des modifications de parcours. La venue de nouveaux GMF est dépendante de l'émergence de projets sur le terrain. Ainsi, dix-sept nouveaux GMF ont vu le jour au Québec en 2006-2007 comparativement à neuf l'année précédente. À la suite de l'appropriation par les nouveaux groupes des paramètres de répartition de l'aide financière et technique accordée en fonction de la responsabilité de clientèle, paramètres précisés en janvier 2005, on a observé en 2006-2007 une remontée du nombre de projets soumis et acceptés. Plusieurs régions continuent de faire la promotion des GMF et on compte environ une quarantaine de projets en préparation dans les régions au 31 mars 2007, dont plus d'une dizaine dans la région de Montréal.

De plus, au cours de 2006-2007, le renouvellement de la convention des GMF s'est poursuivi. Aucun des 56 GMF dont la convention venait à échéance avant le 31 mars 2007 n'a manifesté son intention de ne pas la renouveler.

L'inscription en GMF s'adresse à toute la population et le nombre d'inscrits inclut les clientèles vulnérables suivies en GMF. Au 31 mars 2007, 1 041 847 personnes étaient inscrites en GMF, soit 14 % de la population du Québec.

Par ailleurs, les efforts de prise en charge de la clientèle par les omnipraticiens se mesurent aussi en inscription de la clientèle hors GMF. Ainsi, plus d'un million de personnes vulnérables avaient signé la fiche d'inscription (en GMF et hors GMF), portant le pourcentage total d'inscriptions de la population du Québec à environ 24 %. Près du quart de la population du Québec, vulnérable ou non, est donc inscrite auprès d'un médecin de famille, de même qu'une majorité de personnes avec un diagnostic de vulnérabilité. Les diagnostics de vulnérabilité incluent tous les patients de 70 ans et plus ainsi que les neuf codes diagnostiques de maladies chroniques.

Des données d'évaluation récentes démontrent que les patients ont vu des améliorations importantes de l'accessibilité et de la continuité des services après le début de l'implantation des GMF. On rapporte également des changements de la pratique professionnelle et le développement de la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières. Cette collaboration est bâtie entre autres sur un bon climat de confiance, un indicateur validé de qualité des soins.

L'informatisation des GMF continue de faire des progrès, 75 % d'entre eux recevant de façon électronique des résultats de laboratoire de leur clientèle. De plus, cette année, près de 50 % des GMF ont fait le choix d'opter pour un aviseur pharmacologique avec module de prescription, lequel sera, à terme, interopérable avec le Dossier de santé du Québec.

Enfin, les cliniques-réseau ont aussi vu le jour ces dernières années. Bien qu'il soit axé sur l'accessibilité des services sept jours sur sept, et ce, particulièrement en heures défavorables, chacun des modèles régionaux exige de ses cliniques-réseau un pourcentage de prise en charge de la clientèle en maintenant un rapport entre les heures avec rendez-vous et les heures sans rendez-vous variant de 30 à 70 %. Vingt-trois cliniques-réseau sont accréditées par leur agence respective, soit une en Montérégie, trois à Québec et dix-neuf à Montréal.

3.2.2 Les urgences

Objectif

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :

- **séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins (en 2010)**
- **0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur une civière à l'urgence (en 2010)**

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007 ¹	Résultats 2006-2007
Séjour moyen sur civière	15,4 heures	n. d.	16,3 heures
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur une civière à l'urgence	4,9 %	n. d.	6,0 %

¹ Des cibles annuelles sont fixées par région dans le cadre des ententes de gestion signées avec les agences.

Par l'entremise du Centre de coordination nationale des urgences, le Ministère fait le suivi des deux principaux indicateurs de performance :

- le séjour moyen sur civière à l'urgence des usagers admis (norme établie à 12 heures) ;
- la proportion de séjours sur civière à l'urgence de 48 heures ou plus (norme établie à 0 %).

Après des améliorations pour l'ensemble du Québec de 2003-2004 à 2005-2006, les résultats obtenus en 2006-2007 démontrent une certaine détérioration de la situation. Le séjour moyen sur civière a augmenté de 0,9 heure, et le pourcentage des séjours de 48 heures et plus a augmenté de 1,1 %. Cette situation doit cependant être mise en relation avec l'augmentation de l'achalandage à l'urgence, particulièrement pour les personnes âgées de 75 ans et plus.

Puisque la situation des urgences diffère grandement d'une région à l'autre, le Ministère établit des cibles pour chacune des régions. Les séjours moyens à l'urgence de quatre régions respectent la norme de 12 heures, alors que cinq autres régions se rapprochent de la cible qui leur a été fixée. Trois régions sont près d'atteindre ou atteignent leur cible régionale relative à la proportion des séjours de 48 heures et plus, alors que des écarts sont constatés dans les autres régions.

Les efforts doivent se poursuivre, et ce, particulièrement dans les régions où les séjours moyens sur civière sont les plus longs, soit dans les régions de Montréal, de l'Outaouais, de la Montérégie et de Lanaudière. On observe, dans ces mêmes régions, que plus de 6 % des durées de séjour sur civière excèdent 48 heures.

Le tableau suivant illustre, pour le Québec, une hausse du nombre d'utilisateurs sur civière de 1,2 %, une augmentation du nombre d'utilisateurs arrivés en ambulance de 4,1 % et une augmentation du nombre d'utilisateurs sur civière âgés de 75 ans et plus de 6,3 %.

Achalandage des unités d'urgence

	Nombre d'utilisateurs sur civière	Nombre d'utilisateurs arrivés en ambulance	Nombre d'utilisateurs sur civière ≥ 75 ans
2005-2006	991 626	397 863	216 423
2006-2007	1 003 564	414 509	230 074
Écart en nombre	11 938	16 646	13 651
Écart en %	1,2 %	4,1 %	6,3 %

Malgré la mise en place de plusieurs mesures en première ligne, la concertation accrue entre les groupes de médecine de famille (GMF) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ainsi que des investissements importants apportés en aval et en amont pour améliorer les services à la population, on remarque une augmentation du nombre d'utilisateurs âgés de 75 ans et plus présents sur civière à l'urgence. La présence de problèmes infectieux dans la communauté pendant plusieurs semaines, tels que la gastroentérite et l'influenza, pourrait expliquer l'augmentation de cette clientèle à l'urgence.

Une diminution de l'accessibilité des lits de courte durée pendant les périodes d'éclosion des maladies infectieuses pourrait expliquer l'augmentation de la durée moyenne de séjour à l'urgence et l'augmentation des séjours de 48 heures et plus. De plus, pendant plusieurs semaines, ces mêmes problèmes infectieux ont occasionné plusieurs déclarations de quarantaine dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les ressources intermédiaires, limitant le retour et les admissions dans ces milieux de vie substituts.

En 2006-2007, le Ministère a effectué un suivi intensif de 24 installations, de concert avec les agences de la santé et des services sociaux. Chacune des installations a été rencontrée afin d'évaluer son plan d'action et de s'assurer de la mise en place des différentes mesures pour atteindre les résultats fixés dans les ententes de gestion. De plus, 27 autres installations ont été suivies par les agences.

La consolidation des CSSS et le rapprochement entre les CSSS, les cliniques-réseau et les GMF permettent de prévoir une amélioration de l'accessibilité des services médicaux et, par conséquent, une diminution de l'achalandage dans les urgences et une meilleure prise en charge des clientèles vulnérables.

Orientation : Améliorer l'accès aux services de chirurgie et de cardiologie tertiaire en vue de réduire les listes d'attente

3.2.3 Les chirurgies et la cardiologie tertiaire

Objectif Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une :

- chirurgie de la cataracte
- arthroplastie de la hanche
- arthroplastie du genou
- chirurgie avec hospitalisation
- chirurgie d'un jour

Indicateurs	Résultats* 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats préliminaires* 2006-2007
Nombre de chirurgies de la cataracte effectuées	70 175	69 228	73 440
Nombre d'arthroplasties de la hanche effectuées	4 474	4 628	4 591
Nombre d'arthroplasties du genou effectuées	5 863	5 749	6 204
Nombre de chirurgies avec hospitalisation effectuées ²	158 410 ¹	165 250	164 921
Nombre de chirurgies d'un jour effectuées ³	190 446 ¹	199 035	199 570

* Les données de la colonne Résultats 2005-2006 sont les données finales et validées de Med-Écho 2005-2006. La colonne Résultats préliminaires 2006-2007 comprend les données fournies par les agences avec l'outil de suivi de gestion en cours d'année Filaw-Gestred et seront validées à la fin de l'automne 2007 lorsque les données de Med-Écho seront accessibles.

1. Incluant les chirurgies effectuées dans les régions 17 (Nunavik) et 18 (Conseil Cri de la Baie-James).
2. À l'exclusion des chirurgies cardiaques, et des chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte.
3. À l'exclusion des chirurgies de la cataracte.

Objectif : Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en cardiologie tertiaire

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en hémodynamie	Catégorie A : 88,0 %	Catégorie A : 100 %	Catégorie A : 92,1 %
	Catégorie B : 90,1 %	Catégorie B : 83,2 %	Catégorie B : 94,6 %
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque	Catégorie A : 87,5 %	Catégorie A : 100 %	Catégorie A : 90,2 %
	Catégorie B : 72,6 %	Catégorie B : 75,4 %	Catégorie B : 80,9 %
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie	Catégorie A : 61,6 %	Catégorie A : 100 %	Catégorie A : 69,2 %
	Catégorie B : 41,7 %	Catégorie B : 57,6 %	Catégorie B : 41,0 %

Légende :

Hémodynamie : Catégorie A : moins de 2 semaines – Catégorie B : de 2 semaines à 2 mois
 Chirurgie cardiaque : Catégorie A : moins de 2 semaines – Catégorie B : de 2 semaines à 3 mois
 Électrophysiologie : Catégorie A : moins de 72 heures – Catégorie B : de 72 heures à 3 mois

Les chirurgies

En 2006-2007, environ 448 000 chirurgies ont été réalisées dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. À la lumière des données préliminaires sur les volumes d'activité de production en chirurgie pour l'année 2006-2007, les cibles établies auraient été atteintes et même dépassées pour les chirurgies de la cataracte et les arthroplasties du genou. Le nombre d'arthroplasties de la hanche est légèrement inférieur à la cible établie. Toutefois, ce nombre apparaît satisfaisant, d'autant plus que le nombre d'arthroplasties du genou effectuées est supérieur à la cible.

Les données ne pourront être validées par le Ministère avant la fin de l'automne 2007, soit lorsque les données finales et validées de Med-Écho 2006-2007 seront disponibles. D'ici là, les données doivent donc être considérées comme préliminaires, surtout pour les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies d'un jour, où la surestimation peut être importante.

Même si la très grande majorité des personnes sont traitées à l'intérieur de délais raisonnables et que les soins urgents sont donnés en priorité, il subsiste des clientèles qui sont traitées hors délai. La diminution du temps d'attente est une priorité pour le Ministère, et c'est pour cette raison que des investissements importants ont été consentis et que le projet de loi n° 33 a été adopté en décembre 2006.

À la suite de l'adoption du projet de loi n° 33, diverses démarches ont été entreprises pour améliorer l'accès aux services spécialisés :

- l'épuration des listes d'attente pour toutes les chirurgies ;
- l'implantation dans tout le réseau d'un mécanisme d'accès assurant un suivi personnalisé des patients en attente ;
- la nomination des responsables locaux et régionaux de l'accès afin de voir à cette implantation et de concevoir des plans d'organisation pour améliorer l'accès à ces services ;
- le déploiement d'un outil informatique (Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés [SIMASS]) pour soutenir la gestion quotidienne des demandes de services.

Malgré des résultats encourageants, la réduction des délais d'accès demeure un défi important en raison de plusieurs facteurs : les besoins accrus en lien avec le vieillissement de la population, la disponibilité des effectifs médicaux (anesthésistes et chirurgiens), la disponibilité d'une main-d'œuvre habilitée en soins infirmiers au bloc opératoire ainsi que l'utilisation adéquate des lits. Le Ministère entend poursuivre ses efforts jusqu'à ce que les délais d'accès soient en conformité avec les délais maximums à respecter pour offrir à la population du Québec les services dont elle a besoin.

La cardiologie tertiaire

Les maladies cardiovasculaires viennent en tête de liste des causes de morbidité et de mortalité au Canada. L'évolution technologique offre des possibilités thérapeutiques plus étendues et entraîne des changements majeurs dans la façon de traiter les patients atteints de maladies coronariennes.

On observe une amélioration sensible de la capacité du système à répondre aux demandes de services en chirurgie cardiaque dans les délais recommandés par les experts. Au total, 79,2 % des demandes ont été réalisées dans les délais en 2004-2005, 83 % en 2005-2006 et 87,4 % en 2006-2007. Par contre, depuis le début de 2007-2008, plusieurs chirurgies cardiaques ont dû être reportées, et des salles ont été fermées en raison du manque de personnel infirmier, notamment aux soins intensifs et aux soins critiques, ce qui se traduit par une

augmentation de la liste d'attente. L'amélioration est également présente en hémodynamie : au total, 81,2 % des demandes ont été réalisées dans les délais en 2004-2005, 88,6 % en 2005-2006 et 93 % en 2006-2007.

La demande de services en électrophysiologie subit une croissance marquée. Celle-ci s'explique en partie par l'utilisation de plus en plus répandue de défibrillateurs cardiaques internes (DCI). En raison de nouvelles indications, le taux d'implantation des DCI croît de façon exponentielle : 180/million/an en 2005-2006, 200/million/an en 2006-2007 (1 500 DCI/an). Ce taux se compare à ceux d'autres provinces, dont l'Ontario (217/million/an en 2006-2007), tout en demeurant inférieur à ce qu'on observe aux États-Unis. On voit également apparaître une pratique qui intègre le traitement des patients par ablation de fibrillation auriculaire de façon plus courante, une procédure qui peut durer de cinq à huit heures. Cette nouvelle pratique a fait exploser les listes d'attente, puisque le nombre moyen de demandes en attente pour une ablation a augmenté en moyenne de 148 cas par période (+ 51,2 %) en 2006-2007 par rapport à 2005-2006, et cela, malgré une augmentation de 160 demandes d'intervention réalisées (+ 11,6 %) au cours de 2006-2007⁴.

Orientation : Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer

3.2.4 La lutte contre le cancer

Objectif Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Taux de participation au programme	49,4 %	Augmentation	51,1 %

Objectif Assurer la disponibilité des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Nombre d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales visitées et évaluées	28 équipes locales 5 équipes régionales	Augmentation	35 équipes locales 3 équipes régionales 5 équipes suprarégionales

4. Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS)

Objectif Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de patients en attente depuis plus de 4 semaines après qu'ils soient médicalement prêts pour le début du traitement	59	Ne s'applique pas	33
Proportion des patients traités à l'intérieur de 4 semaines	90 %	Ne s'applique pas	96 % (moyenne des 4 semaines de la période 13)

Objectif Accroître l'accès aux services de soins palliatifs :
 • en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile
 • en augmentant l'intensité des services

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de personnes desservies à domicile	18 890	19 382	18 513* (excluant les services offerts par les organismes communautaires)
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	16,44	15,97	17,35*

* Les résultats 2006-2007 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Le gouvernement a fait de la lutte contre le cancer une de ses priorités d'action. Sa préoccupation centrale est de faire en sorte que les personnes atteintes et leurs proches aidants aient accès à des soins et des services de qualité, le plus près possible de leur milieu de vie. La mise en œuvre des réalisations est basée sur le Programme québécois de lutte contre le cancer. Ce programme s'articule autour d'un continuum d'interventions centré sur la population ainsi que la personne atteinte et ses proches aidants, allant de la prévention aux soins de fin de vie en passant par le dépistage, l'investigation, le traitement et le soutien.

Le dépistage du cancer du sein

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein vise à réduire la mortalité causée par le cancer du sein. Ce programme s'adresse aux femmes de 50 à 69 ans, un groupe pour lequel le dépistage par mammographie est reconnu efficace.

Le résultat de 2006-2007, en date du 31 décembre 2006, porte sur le taux de participation au programme. Il indique une augmentation de l'ordre de 1,7 %, ce qui est supérieur aux hausses des années antérieures. Les actions sur le rappel systématique des femmes n'ayant jamais répondu à la première invitation ont porté fruits. Les actions médiatiques ont aussi été accrues, suscitant l'intérêt de plusieurs femmes de la population admissible visée, soit celles de 50 à 69 ans.

La hausse du taux de participation est encore en croissance, contrairement à certains pays où le taux de participation commence à plafonner ou régresser, ce qui favorise la poursuite des efforts consentis par tous les intervenants pour atteindre le taux de participation de 70 % souhaité.

Les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer

L'organisation de soins et de services de lutte contre le cancer préconisée dans le Programme québécois de lutte contre le cancer consiste en un réseau hiérarchisé d'équipes locales, régionales et suprarégionales. Les équipes locales doivent assurer les services généraux et spécifiques de lutte contre le cancer (promotion de la santé, prévention, dépistage, traitements, dont la chimiothérapie, services d'adaptation et de soutien, soins palliatifs). Les équipes régionales offrent des services généraux et spécialisés, dont expertise et conseil pour les cancers les plus fréquents (sein, poumon, colorectal, prostate) et les cancers du système hématopoïétique. Un mandat d'équipe suprarégionale de lutte contre le cancer est attribué à une équipe interdisciplinaire qui a développé une expertise pour un siège tumoral spécifique, un cancer rare ou une problématique particulière. Ce mandat exige des professionnels ultra-spécialisés, une infrastructure à la fine pointe de la technologie et des services fournis uniquement sur référence.

Les équipes visitées et évaluées par un groupe conseil composé d'experts sont celles pressenties par les agences pour des mandats locaux, régionaux ou suprarégionaux. À ce jour, l'évaluation des équipes locales et régionales a été complétée dans l'ensemble des régions du Québec, alors que cinq équipes suprarégionales ont été visitées et évaluées.

Les équipes ont été évaluées selon leur conformité avec neuf éléments spécifiques : un engagement formel, une structure organisationnelle, des ressources dédiées, une formation continue pour les intervenants, un fonctionnement interdisciplinaire, une intégration avec les partenaires, des stratégies pour favoriser la participation de la personne atteinte et de ses proches, un processus de standardisation et de contrôle de la qualité ainsi qu'un processus d'évaluation (monitorage des résultats).

Les services spécialisés en radiothérapie

En février 2006, une modification a été apportée à la cible ministérielle. Le délai maximum d'attente entre le moment où le patient est jugé médicalement prêt à recevoir son traitement de radio-oncologie et la date de son premier traitement n'est plus de huit semaines, mais de quatre semaines. En 2006-2007, 96 % des patients nécessitant un traitement de radio-oncologie ont été traités à l'intérieur d'un délai de quatre semaines.

Les soins palliatifs

La Politique en soins palliatifs de fin de vie vise, notamment, à favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services d'accompagnement et de soins à offrir en fin de vie. L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins palliatifs donnés à domicile passe par le fait de servir le nombre adéquat de personnes et par l'augmentation de l'intensité des services offerts à chaque personne en fin de vie.

En 2006-2007, la cible concernant le nombre de personnes desservies à domicile n'a pas été atteinte. Cependant, selon l'information fournie par les agences, les personnes nécessitant de tels soins à domicile ont été desservies et il n'existe pas de liste d'attente. De plus, le résultat n'inclut pas les usagers qui ont reçu des soins palliatifs à domicile par un organisme communautaire avec lequel les agences de Laval et de Montréal ont des ententes de services.

L'objectif visé pour 2010 concernant l'intensité des services est de seize interventions par personne. De plus, le nombre moyen d'interventions auprès de chaque personne qui reçoit des soins palliatifs à domicile augmente encore cette année, ce qui contribue à l'amélioration de la qualité des services offerts.

Orientation : Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté

3.2.5 Les services de soutien à domicile

Objectif Implanter les services de prévention des chutes destinés aux personnes âgées vivant à domicile dans tous les territoires locaux, tel que défini dans le cadre de référence ministériel

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Proportion de territoires locaux où sont implantés ces services	67,7 %	Augmentation	78,1 %

Objectif Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile :

- en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté
- en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de personnes desservies	155 133	162 476	159 887*
Nombre moyen d'interventions par personne	25,2	24,0	26,7*

* Les résultats 2006-2007 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

La prévention des chutes

La chute constitue l'événement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie pour plusieurs personnes âgées. Les activités de prévention sont essentielles afin de réduire l'ampleur de ce problème. Les mesures multifactorielles de prévention des chutes comprennent deux types d'interventions : les interventions personnalisées et les interventions non personnalisées. Les interventions personnalisées s'adressent aux personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie qui présentent une histoire de chute et un risque élevé de tomber de nouveau, en raison de leur état de santé. Les interventions non personnalisées s'adressent aux personnes âgées de la communauté présentant des problèmes d'équilibre ou se considérant comme à risque de chutes.

Au Québec, en 2006-2007, 78,1 % des territoires locaux, incluant la région du Nord-du-Québec, ont implanté l'un ou l'autre des deux types d'interventions, ce qui représente une augmentation par rapport aux résultats obtenus l'an dernier. Plus spécifiquement, 77,1 % des territoires locaux ont implanté les interventions multifactorielles non personnalisées, et 15,6 %, les interventions multifactorielles personnalisées. Ces résultats montrent que l'implantation des services de prévention des chutes, et tout particulièrement les interventions multifactorielles non personnalisées, est bien amorcée dans la plupart des régions du Québec. Des efforts se poursuivront pour soutenir l'implantation des deux types d'interventions.

Les services de soutien à domicile pour les personnes âgées

Aujourd'hui, des milliers de personnes âgées peuvent vivre chez elles en toute sécurité avec le soutien nécessaire et ainsi participer à la vie de leur milieu. Le soutien à domicile est une priorité pour le Ministère et les efforts réalisés au sein des différentes régions du Québec en témoignent.

La cible pour les services à domicile en 2006-2007 était de 162 476 personnes en perte d'autonomie inscrites au programme de soutien à domicile du centre de santé et de services sociaux (CSSS), soit un taux de pénétration de 16 % de la population âgée de 65 ans et plus. Avec un nombre de 159 887 personnes rejointes au cours de 2006-2007, soit une augmentation du nombre de personnes inscrites au programme, le taux de pénétration est de 14,9 %. Le processus de codification et d'harmonisation des données, qui visait à n'inscrire dans le programme pour personnes âgées en perte d'autonomie que les personnes recevant des services liés au vieillissement et non les autres services courants, a été finalisé au cours de l'année, ce qui peut expliquer en partie le résultat. Des efforts restent cependant à faire pour mieux cibler la clientèle en perte d'autonomie, car certains CSSS répondent à toutes les personnes qui s'adressent à eux. Des mesures pour permettre un meilleur repérage de la clientèle à risque, particulièrement dans les urgences des hôpitaux, devront être mises en place dans certaines régions.

L'intensité des services offerts a encore augmenté depuis l'an dernier, passant de 25,2 à 26,7 interventions par personne annuellement. Le dépassement de la cible (24) s'est ainsi non seulement maintenu, mais aussi accentué, confirmant le fait qu'il est nécessaire de fournir aux personnes une prestation de services plus élevée si l'on veut leur permettre de demeurer plus longtemps à leur domicile.

Ces indicateurs ne donnent pas une image complète de la situation parce qu'ils ne tiennent pas compte des services rendus dans le cadre du programme du chèque emploi-service, ni de ceux offerts par les entreprises d'économie sociale en aide domestique. Le soutien réel offert est donc sous-estimé. Des travaux sont en cours pour définir de nouveaux indicateurs qui permettraient également de rendre compte des autres services offerts en soutien à domicile.

Objectif

Poursuivre la démarche d'appréciation de la qualité des services par les visites en centre d'hébergement et de soins de longue durée :

- **que 60 % des installations soient visitées d'ici 2010, ce qui suppose une moyenne de 10 % des installations par année**
- **que 70 % des installations visitées aient mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles**
- **que chaque installation ait atteint, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, 70 % et plus des objectifs définis dans le plan de correctifs convenu avec l'agence, à la suite du dépôt du rapport d'appréciation**

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Pourcentage d'installations visitées	10 %, soit 48 installations	10 %, soit 47 installations	9 %, soit 41 installations
Pourcentage d'installations ayant mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles	36 %, soit 17 installations	70 %, soit 33 installations	58 % ¹ , soit 28 installations
Pourcentage d'installations ayant donné suite, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, à 70 % et plus des recommandations émises	42 % ² , soit 18 installations	70 %, soit 33 installations	32 % ³ , soit 15 installations

1. Le pourcentage a été calculé sur le nombre d'installations visitées en 2005-2006, soit 48 installations.

2. Le pourcentage a été calculé sur 43 établissements, car certaines données étaient manquantes ou non requises.

3. Le pourcentage a été calculé sur le nombre d'installations visitées en 2005-2006, soit 48 installations. De plus, certaines données étaient manquantes pour un établissement.

Les visites en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Les visites d'appréciation de la qualité des services visent à promouvoir la création d'un milieu de vie de qualité pour toute personne vivant dans un milieu de vie substitut. Les thèmes appréciés sont la qualité et l'accessibilité des services et des activités, l'environnement humain et physique ainsi que les mesures contribuant à un milieu de vie de qualité.

Les visites en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont effectuées depuis quatre ans. Entre les mois d'octobre 2006 et de mai 2007, 41 nouvelles installations ont été visitées. Le fait que la cible n'a pas été atteinte s'explique par plusieurs facteurs, dont la formation des équipes de visite en début d'année. Au total, 183 installations sur 468 ont été visitées à ce jour, soit 39 % des installations de longue durée existantes.

À la suite de chacune des visites effectuées, un rapport est transmis à l'agence afin qu'elle convienne d'un plan de correctifs avec l'établissement. L'agence doit par la suite en assurer le suivi et transmettre annuellement au Ministère le bilan de la mise en œuvre des plans de correctifs. Les résultats présentés pour l'indicateur sur la mise en œuvre des orientations ministérielles et pour celui sur la réalisation des recommandations concernent les 48 installations visitées en 2005-2006.

L'indicateur sur le niveau d'avancement de la mise en œuvre des orientations ministérielles témoigne de l'appréciation réalisée par l'équipe de visite. Les résultats indiquent que 58 % des installations visitées ont atteint, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les

objectifs énoncés dans les orientations. La cible n'a pas été atteinte, mais il y a une amélioration notable en comparaison avec l'année précédente. Cette tendance devrait se manifester de plus en plus.

L'indicateur relatif au pourcentage des installations ayant réalisé 70 % et plus des recommandations retenues, en totalité ou en grande partie, permet d'apprécier le suivi donné aux recommandations formulées dans les rapports de visites. Les résultats indiquent que 32 % des installations visitées sont parvenues à mettre en place, en totalité ou en grande partie, l'ensemble des recommandations qui leur avaient été adressées. La cible n'a donc pas été atteinte. Cependant, il faut considérer que la mise en place de certains correctifs, comme les réaménagements physiques, peut s'échelonner sur plus d'une année. Il est à noter que pour les trois premières années du programme de visites, 85 des 142 installations, soit 60 % d'entre elles, ont mis en œuvre 70 % et plus des recommandations.

Les visites auprès des centres jeunesse, des ressources intermédiaires et des ressources de type familial

En 2005, des visites ont été amorcées dans deux autres secteurs d'activité : les centres jeunesse, volet application de la protection de la jeunesse, ainsi que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. Le processus mis en place ainsi que les modalités opérationnelles sont semblables à ceux des visites en CHSLD.

Au total, 368 ressources intermédiaires et ressources de type familial ont été visitées, et 203 l'ont été entre les mois de juin 2006 et mai 2007 afin de rejoindre chacune des clientèles vivant dans ces ressources (jeunesse, personnes âgées, santé mentale et déficience intellectuelle). En protection de la jeunesse, quatre centres jeunesse ont fait l'objet d'une visite. Le processus de protection mis en place et la qualité du milieu de vie et des services en milieu institutionnel étaient particulièrement ciblés dans le cadre de cette opération.

Les visites d'appréciation se poursuivront en 2007-2008 dans les trois programmes mis en place : CHSLD, centres jeunesse de même que ressources intermédiaires et ressources de type familial. Il est également prévu de mettre en place des visites de suivi, afin de vérifier sur le terrain la mise en œuvre des plans d'action élaborés par les établissements.

Orientation :	Intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles
----------------------	--

3.2.7 Les services destinés aux jeunes et à leur famille

Objectif Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant de rejoindre, en 2010, 78,7 % des mères âgées de moins de 20 ans ainsi que des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Proportion de femmes visées rejointes	45 %	59,2 %	56,4 %*

Objectif Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux :

- desservir les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux, en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans, en 2010
- accroître le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Proportion des jeunes rejoints	7,22 %, soit 110 973 jeunes	7,38 %, soit 112 062 jeunes	7,36 %*, soit 111 714 jeunes
Nombre moyen d'interventions par jeune	6,59	6,75	6,59*

Objectif Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) (en 2010) :

- 12 jours calendrier pour les services d'évaluation (LPJ)
- 30 jours calendrier pour l'application des mesures (LPJ)
- 14 jours calendrier entre l'ordonnance et la prise en charge (LSJPA)

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Délai moyen d'attente pour l'évaluation en protection de la jeunesse	17,0	15,5	17,6*
Délai moyen d'attente pour l'application des mesures en protection de la jeunesse	27,8	27,1	19,8*
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	n. d.	26,6	24,4*

* Les résultats 2006-2007 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Les femmes visées par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance sont celles âgées de moins de 20 ans et celles âgées de 20 ans et plus qui vivent en situation d'extrême pauvreté. L'extrême pauvreté se définit par la sous-scolarisation et un revenu se situant sous le seuil de faible revenu. Pour l'année 2006-2007, une proportion de 56,4 % des femmes visées ayant accouché dans l'année ont été rejointes par le programme, ce qui correspond à 5 240 femmes nouvellement inscrites sur 9 288 femmes visées.

Bien que la cible 2006-2007 ne soit pas atteinte, les efforts consentis et les moyens mis à la disposition des intervenants ont permis une augmentation de la proportion des deux clientèles rejointes. Les résultats 2006-2007 ne distinguent plus la proportion des jeunes mères de celles ayant 20 ans et plus.

L'efficacité des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance repose sur les conditions suivantes : précocité, intensité, continuité et durée des interventions. Il est donc important de poursuivre les efforts dans cette perspective et d'atteindre la cible fixée pour 2010.

Les services jeunesse dans les territoires locaux

Les jeunes et leur famille qui vivent des difficultés doivent recevoir, le plus rapidement possible, de l'aide appropriée afin de prévenir la détérioration de la situation et de réduire les difficultés d'adaptation sociale. Ce sont principalement les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont la responsabilité d'offrir des services psychosociaux aux enfants, aux jeunes et aux familles.

En ce qui concerne l'accessibilité à ces services de première ligne, 741 jeunes et parents de plus ont été rejoints par rapport à l'année précédente. Il est encourageant de constater une augmentation constante de la clientèle rejointe. L'intensité des interventions, c'est-à-dire le nombre d'interventions par jeune, est demeurée semblable à celle observée l'an dernier, soit 6,59 interventions.

Les services spécialisés dans les centres jeunesse

Les seize centres jeunesse sont chargés de fournir une aide spécialisée aux jeunes qui connaissent des difficultés graves et à leur famille.

Les services offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse

Les résultats obtenus en 2006-2007 montrent que le délai d'attente pour l'évaluation se situe à 17,6 jours, soit une légère augmentation de 0,6 jour par rapport à 2005-2006. Les données par région concernant cet indicateur révèlent que sept centres jeunesse ont atteint la cible fixée pour 2010, comparativement à cinq en 2005-2006. Cependant, des difficultés sont observées dans quatre centres jeunesse. Pour certains d'entre eux, les difficultés éprouvées s'expliquent, notamment, par l'augmentation de la pression des services. En effet, pour neuf des centres jeunesse qui ont connu une augmentation de leur délai, six ont vu le nombre de signalements retenus augmenter. Il est toutefois essentiel de préciser qu'un mécanisme permettant de déterminer le degré d'urgence est en place et que la sécurité des enfants est assurée en tout temps.

Quant au délai de l'application des mesures en protection, il a diminué de manière significative pour atteindre 19,8 jours. Concernant les résultats par région, seulement quatre centres jeunesse n'atteignent pas la cible de 30 jours fixée pour 2010. Pour deux de ces centres, l'écart par rapport à la cible se situe à moins de deux jours.

D'ici 2010, des efforts additionnels seront nécessaires en vue d'atteindre la cible de 12 jours pour l'évaluation. À cette fin, le Ministère assure un suivi étroit auprès des régions ayant le plus de difficulté à respecter la cible fixée. Enfin, en 2007-2008, l'implantation de la nouvelle LPJ favorisera une plus grande prise en charge des jeunes en difficulté et de leur famille par les CSSS. Cela devrait permettre aux centres jeunesse d'offrir des services dans les délais impartis.

Les services offerts en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

Un système pénal efficace ne peut s'accommoder de délais indus entre le moment où la sanction est imposée au jeune contrevenant et le moment où ce dernier en subit les effets concrètement. L'indicateur élaboré vise donc à circonscrire ces délais. Pour l'exercice 2006-2007, représentant la première année d'expérimentation de cet indicateur, l'analyse des résultats obtenus doit être effectuée avec réserve. Les résultats demeurent encourageants, et ceux de l'exercice 2007-2008 permettront de faire une meilleure analyse de la situation.

Orientation : Traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire

3.2.8 Les services de santé mentale

Objectif Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les centres de santé et de services sociaux, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'enfants et de jeunes (moins de 18 ans) ayant bénéficié de ces services	4 762	7 055	6 366*
Nombre d'adultes (18 ans et plus) ayant bénéficié de ces services	41 775	46 823	47 127*

Objectif Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :
 • en suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants)
 • en soutien d'intensité variable (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu un service de suivi intensif	1 532	1 717	1 588*
Nombre d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu un service de soutien d'intensité variable dans la communauté	3 090	4 100	3 564*

* Les résultats 2006-2007 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, le Ministère propose un modèle d'organisation des services axé sur des services de première ligne rapidement accessibles pour les personnes à risque de présenter des troubles mentaux ou qui en présentent. Ces services de première ligne sont soutenus par des services de deuxième ligne qui doivent être accessibles rapidement afin d'assurer une qualité de services à la population. Même si les cibles n'ont pas été atteintes, il importe de souligner l'augmentation des services offerts.

Les services de première ligne

Les services de première ligne destinés à l'ensemble de la population sont souvent les services auxquels s'adressent les personnes présentant un trouble mental modéré.

Pour l'année 2006-2007, 6 366 jeunes ont reçu des services de première ligne, ce qui correspond à 0,5 % de la population de moins de 18 ans. Le nombre de personnes adultes ayant bénéficié de ces services est de 47 127, ce qui correspond à 0,8 % de la population adulte. Ces résultats indiquent une nette amélioration par rapport à 2005-2006, puisque 1 604 jeunes et 5 352 adultes de plus ont reçu des services.

Avec la conclusion du processus de réalisation des projets cliniques, l'implantation des équipes de première ligne en santé mentale ira en s'accroissant à travers la province, ce qui devrait permettre d'atteindre les cibles de 2010.

Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable

Le suivi intensif est généralement offert selon le modèle du programme *Assertive Community Treatment*, programme qui s'adresse aux personnes qui ont un trouble mental grave et dont l'état est instable et fragile. L'intervention soutenue en équipe interdisciplinaire est nécessaire pour le traitement de ces troubles et doit intégrer la participation d'un médecin.

Il est à noter que les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ainsi que les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik n'ont pas une densité de population suffisante pour permettre l'implantation de suivi intensif dans le milieu. Les personnes souffrant de troubles graves doivent cependant avoir accès à du soutien d'intensité variable.

Quant au soutien d'intensité variable, offert selon le modèle *Case Management*, il s'adresse aux personnes qui ont un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. L'intervenant qui offre un soutien d'intensité variable doit établir un lien basé sur la confiance et le respect avec la personne qui reçoit le service.

En 2006-2007, 1 588 usagers de 18 ans et plus ont reçu un service de suivi intensif dans le milieu. Le nombre de personnes de 18 ans et plus ayant bénéficié d'un soutien d'intensité variable est de 3 564. Toutefois, ces dernières données ne tiennent pas compte des services de soutien d'intensité variable offerts par des organismes communautaires. On évalue que plus de 1 600 personnes ont bénéficié de ce type de suivi par le biais d'organismes communautaires. Ces chiffres dénotent une légère amélioration par rapport à l'année précédente, bien que les cibles annuelles n'aient pas été atteintes. Le Ministère continuera à suivre de près le développement de ces services pour s'assurer d'atteindre, en 2010, les cibles du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*.

3.2.9 Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique

Objectif Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes présentant une déficience physique :

- en augmentant le nombre de personnes desservies
- en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de personnes desservies présentant une déficience physique	41 384	43 622	39 515*
Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience physique	25,58	23,53	27,00*

Objectif Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec, avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Nombre de personnes desservies ayant une déficience physique	72 063	71 098	71 982*

* Les résultats 2006-2007 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Le soutien à domicile aux personnes présentant une déficience physique

Les services à domicile constituent une dimension importante de l'offre de services destinés aux personnes présentant une déficience physique. Ils sont requis notamment pour permettre aux personnes handicapées de demeurer chez elles, au sein de leur communauté, et de continuer d'exercer leurs différents rôles sociaux. Les résultats exposés concernent exclusivement les services offerts directement par les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Il existe d'autres modalités de services à domicile qui sont également offertes aux personnes ayant une déficience physique. En effet, cet indicateur ne donne pas une image complète de la situation, puisqu'il ne tient pas compte des services rendus dans le cadre du programme du chèque emploi-service ni de ceux offerts par les entreprises d'économie sociale en aide domestique. Le soutien réel offert est donc sous-estimé. Des travaux sont en cours pour élaborer un nouvel indicateur qui permettrait de rendre compte des autres services offerts. Ainsi, les résultats ci-dessus présentent un portrait partiel des services offerts.

Le nombre de personnes ayant une déficience physique soutenues à domicile par les installations CLSC des CSSS est moindre que le résultat attendu. Cette baisse s'explique par des réévaluations de la clientèle et des méthodes de comptabilisation, par l'augmentation de l'intensité des services ou encore par le fait que certaines régions privilégient d'autres modalités

de services à domicile qui ne sont pas prises en compte par le présent indicateur. Toutefois, une amélioration significative de l'intensité des services de 3,5 interventions par personne est observée, soit une augmentation de 15 % par rapport à la cible.

Les services spécialisés aux personnes présentant une déficience physique

La consolidation des services de réadaptation est une priorité retenue dans les orientations ministérielles *Pour une véritable participation à la vie de la communauté – Orientations ministérielles en déficience physique, Objectifs 2004-2009*. Le déploiement d'une offre de services dans toutes les régions du Québec ainsi qu'un niveau adéquat de services selon les besoins doivent être recherchés.

Globalement, pour l'ensemble des déficiences retenues, la cible a été dépassée. Celle-ci était fixée à 71 098 personnes, alors que 71 982 personnes ont pu bénéficier de services spécialisés, ce qui correspond à 1,2 % de plus que le résultat attendu.

Malgré l'atteinte de la cible nationale 2006-2007, certaines régions éprouvent des difficultés dans l'offre de ce type de services en raison, notamment, de problèmes de maintien et de recrutement de personnel professionnel, particulièrement en déficience visuelle. De plus, il est à noter que les régions procèdent, depuis quelques années, à une uniformisation de la définition de la clientèle desservie, ce qui pourrait expliquer des écarts de clientèle d'une année à l'autre.

3.2.10 Les services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

- Objectif** Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle :
- en augmentant le nombre de personnes desservies
 - en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle	8 272	8 162	8 439*
Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience intellectuelle	11,83	12,04	12,35*

Objectif

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes présentant un trouble envahissant du développement :

- **en augmentant le nombre de personnes desservies**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement	2 119	2 080	2 473*
Nombre moyen d'interventions par personne ayant un trouble envahissant du développement	6,37	6,34	7,7*

* Les résultats 2006-2007 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Les services à domicile permettent aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED) de demeurer chez elles, au sein de leur communauté, et de continuer d'exercer leurs différents rôles sociaux. Les résultats compilés concernent uniquement les services offerts directement par les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Il est à noter que d'autres modalités de services à domicile sont aussi offertes aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. En effet, cet indicateur ne donne pas une image complète de la situation, puisqu'il ne tient pas compte des services rendus dans le cadre du programme du chèque emploi-service ni de ceux offerts par les entreprises d'économie sociale en aide domestique. Le soutien réel offert est donc sous-estimé. Des travaux sont en cours pour élaborer un nouvel indicateur qui permettrait de rendre compte des autres services offerts.

La cible relative au nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle soutenues à domicile par les installations CLSC des CSSS a été dépassée. En effet, la cible était fixée à 8 162 personnes, alors que le résultat atteint est de 8 439, ce qui équivaut à une augmentation de 3,4 % par rapport à la cible. De plus, le nombre moyen d'interventions par personne s'est accru légèrement, et ce, malgré l'augmentation du nombre de personnes desservies.

Le nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement soutenues à domicile par les installations CLSC des CSSS a augmenté. La cible était fixée à 2 080 personnes, alors que le résultat atteint est de 2 473 personnes, ce qui équivaut à un dépassement de 19 % de la cible. De plus, l'intensité des services s'est accrue de 1,33 intervention par rapport à 2005-2006, soit une augmentation de 20,9 %, et ce, malgré l'augmentation du nombre de personnes desservies.

Orientation : Agir sur les difficultés d'adaptation sociale des personnes aux prises avec une dépendance à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies, y compris le jeu pathologique

3.2.11 Les services destinés aux personnes aux prises avec une dépendance

Objectif Maintenir ou accroître progressivement, selon les territoires locaux, pour les personnes susceptibles de faire une demande de service, l'accès à un programme d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanies (ex. : *Alcochoix +*)

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Proportion de CSSS offrant le programme <i>Alcochoix +</i>	38,9 %, soit 37 territoires locaux sur 95	Implantation progressive du programme	35 %, soit 33 territoires locaux sur 95
Nombre de personnes rejointes par ce programme	723 ¹	Augmentation	796*

Objectif Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés)

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Nombre de joueurs traités par ces services	6 201	6 304	5 674*

Objectif Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie, pour l'ensemble des régions du Québec

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Nombre de jeunes ayant été détectés, évalués et référés par un mécanisme d'accès	3 910	4 148	4 191*

1. La région de la Côte-Nord n'est pas en mesure de fournir les données requises pour calculer cet indicateur en raison de problèmes de collecte de données.

* Les résultats 2006-2007 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Le programme *Alcochoix +*

Le programme d'intervention brève en consommation abusive d'alcool *Alcochoix +* s'adresse aux personnes qui s'inquiètent des conséquences associées à leur consommation d'alcool et qui désirent modifier leurs habitudes. Ce programme repose sur une approche motivationnelle et permet la direction des personnes vers des services spécialisés, notamment en présence d'autres problèmes de toxicomanie.

Plusieurs actions ont été réalisées en 2006-2007 pour favoriser l'implantation du programme *Alcochoix +*, notamment l'offre d'une formation pour les régions intéressées de même que l'élaboration de nouveaux outils de promotion et d'un guide d'implantation pour les intervenants des centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Bien que l'on observe une diminution du nombre de CSSS qui offrent le programme *Alcochoix +*, le nombre de clients rejoints, en 2006-2007, a augmenté de 10 %. Cette diminution du nombre de CSSS offrant le programme s'explique, en partie, par une mobilité des intervenants formés à cet effet vers d'autres secteurs d'activité. Ces intervenants devraient être remplacés au cours de 2007-2008. De plus, plusieurs régions ont signifié leur intention d'intensifier l'implantation d'*Alcochoix +* au cours de la prochaine année.

Les services spécialisés aux joueurs pathologiques

Au Québec, une fraction des personnes qui s'adonnent aux jeux de hasard et d'argent éprouvent des difficultés avec le jeu, et certaines atteignent le stade de la pathologie.

Le nombre de joueurs traités en 2006-2007 est de 5 674, ce qui représente une baisse par rapport à 2005-2006. Depuis 2003-2004, le nombre de joueurs traités avait connu une augmentation de 23 %, passant de 4 793 à 6 201 joueurs en 2005-2006. Parmi les facteurs pouvant expliquer cette baisse, l'entrée en vigueur de la Loi sur le tabac, le 31 mai 2006, aurait eu un impact sur l'utilisation des appareils de loterie vidéo, l'un des types de jeux les plus susceptibles d'entraîner la dépendance. En effet, les revenus liés à ces appareils ont connu une baisse de l'ordre de 15,5 % en 2006-2007.

En 2007-2008, le Ministère mettra de l'avant une formation à l'intention des intervenants psychosociaux des CSSS, afin de leur fournir des outils qui faciliteront la détection des personnes ayant des problèmes de jeu excessif et leur accès aux services spécialisés.

Les services spécialisés aux jeunes présentant un problème de toxicomanie

Il est important de rejoindre les jeunes aux prises avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie afin de prévenir une détérioration de leur situation. Ainsi, chaque région du Québec doit s'assurer de prendre les moyens nécessaires afin de détecter les jeunes de moins de 18 ans qui nécessitent une évaluation et une référence possible vers des services spécialisés en toxicomanie.

En 2006-2007, une hausse de 7,2 % du nombre de jeunes détectés, évalués et dirigés vers des services spécialisés est constatée comparativement à 2005-2006. La cible prévue est ainsi dépassée.

3.2.12 Autres résultats

- Objectif** **Rehausser les soins et les services pour les personnes actuellement hébergées dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées :**
- en soins infirmiers et d'assistance à un niveau de 3 heures travaillées par jour-présence en 2010
 - en services professionnels pour atteindre 0,23 heure travaillée par jour-présence en 2010 (nutrition clinique, pharmacie, physiothérapie, ergothérapie, etc.)

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance	2,992	2,981	3,023*
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels	0,209	0,223	0,209*

- Objectif** **Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement**
- en augmentant le nombre de personnes dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	5 765	5 985	5 875*
Nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	7 603	7 786	7 463*
Nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	3 550	3 588	4 006*

- Objectif** **Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis**

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'ICI	640	693	764*

Objectif

Améliorer l'accès, avec l'intensité requise et selon l'évaluation des besoins, à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement :

- en augmentant le nombre de jeunes desservis âgés de 6 à 21 ans
- en augmentant le nombre d'adultes desservis de 22 ans et plus

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de jeunes de 6 à 21 ans recevant ces services	2 524	2 429	3 041*
Nombre d'adultes de 22 ans et plus recevant ces services	1 080	968	1 159*

* Les résultats 2006-2007 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

3.3. L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services

Orientation : Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux

3.3.1 La qualité et la prestation sécuritaire des services

Objectif Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Proportion d'établissements où la formation sur le fonctionnement d'un comité sur la gestion des risques a été donnée	Ne s'applique pas	100 %	94,5 %
Proportion d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	90,0 %	100 %	95,0 %

Objectif Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Taux d'infections nosocomiales liées aux infections qui font l'objet d'un programme de surveillance provinciale :			
• Taux de diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i> / 10 000 patients-jour	9,1	n. d.	8,9
• Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs	n. d.	n. d.	taux stables variant de 1,47 bactériémie / 1 000 jours-cathéters (soins intensifs adultes) à 4,25 (soins intensifs néonataux)

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Proportion d'installations en CHSGS et en CHSLD ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales : <ul style="list-style-type: none"> • Ratio pour installations CHSGS : 1 infirmière ETC / 133 lits dressés. • Ratio pour installations CHSLD : 1 infirmière ETC / 250 lits dressés. 	n. d.	Augmentation du nombre de ressources dans les installations	CHSGS : <ul style="list-style-type: none"> • 65 % des installations avec un ratio de 1 ETC ou plus / 133 lits • 24 % des installations avec un ratio de 0,8 à < 1 ETC / 133 lits CHSLD : <ul style="list-style-type: none"> • 34 % des installations avec un ratio de 1 ETC ou plus / 250 lits • 22 % des installations avec un ratio de 0,8 à < 1 ETC / 250 lits

La qualité des services est un enjeu pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que pour la population qui requiert des services. Plusieurs mesures sont mises en place afin d'améliorer la qualité et d'assurer une prestation sécuritaire des services. L'affectation de ressources humaines à la prévention des infections nosocomiales dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) est l'une de ces mesures.

Les mesures pour assurer la prestation sécuritaire des services dans les établissements

Le déploiement du programme de formation sur le fonctionnement d'un comité sur la gestion des risques a débuté en septembre 2006 sous la coordination de chacune des agences. Il s'est bien déroulé dans l'ensemble des établissements et contribue à faire de la gestion des risques et de la prestation sécuritaire des services une préoccupation constante dans la gestion quotidienne des établissements. La formation auprès des membres des comités de gestion des risques des établissements se poursuivra jusqu'à ce que la cible ait été atteinte.

La vaste majorité des établissements a sollicité un agrément auprès d'un organisme reconnu. Les agences concernées interviennent auprès des établissements qui ne se sont pas conformés. L'objectif établi dans les lignes directrices sur l'agrément est en bonne voie de se réaliser, soit que 100 % des établissements aient franchi toutes les étapes de la démarche à l'intérieur des trois années suivant la date de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, c'est-à-dire au plus tard le 19 décembre 2008.

Les infections nosocomiales

Les taux d'infections nosocomiales

Les systèmes d'information sont récents et rendent difficile la comparaison des données avec celles des années antérieures. De plus, les programmes et le nombre de participants peuvent beaucoup varier. Il s'agit de systèmes en évolution.

D'après les résultats obtenus concernant le *Clostridium difficile*, il semble y avoir une certaine stabilité du taux d'infections nosocomiales.

Bien que des données recensées concernant les bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs soient disponibles depuis quelques années, le programme de surveillance est obligatoire depuis peu pour les établissements qui ont une unité de soins intensifs de dix lits ou plus. En juin 2007, près d'une cinquantaine d'unités de soins intensifs réparties dans 39 centres hospitaliers participent au programme de surveillance.

Les résultats en 2006-2007 révèlent que les taux de bactériémies de toutes les unités de soins intensifs adultes universitaires se situent en deçà du 90^e centile du *National Nosocomial Infections Surveillance System* (NNIS) qui constitue la référence externe au Québec en matière de surveillance des bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs. Il en est de même pour les soins intensifs adultes non-universitaires, à l'exception de deux unités qui dépassent le 90^e centile du NNIS. Les unités pédiatriques se situent toutes en deçà du 90^e centile du NNIS.

Les infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales

Toutes les installations publiques et les installations privées conventionnées ayant une mission CHSLD ou CHSGS doivent appliquer les recommandations du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut national de santé publique du Québec de même que celles de la Table nationale de prévention des infections nosocomiales du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ces recommandations reposent sur les études qui ont démontré que 30 % des infections nosocomiales étaient évitables et que l'affectation de ressources humaines suffisantes était l'une des quatre conditions essentielles à leur réduction. De plus, selon une projection élaborée par le CINQ, il serait possible d'éviter éventuellement plus de 10 000 infections nosocomiales, dont 400 décès, et récupérer plus de 140 lits en affectant des ressources humaines additionnelles dans 48 CHSGS sélectionnés afin d'obtenir un ratio de 1 ETC par 133 lits.

Les résultats obtenus démontrent que près de 90 % des 92 installations des CHSGS ont 0,8 ou plus infirmière ETC/133 lits. Dans les 114 installations CHSLD, un ratio de 0,8 ou plus infirmière ETC/250 lits est atteint dans une proportion de 56 %.

Afin d'atteindre progressivement d'ici 2010 les ratios recommandés, tous les CHSLD doivent avoir au minimum un ratio de 1 ETC/300 lits en 2007-2008 (cible 2010 : 1 ETC/250 lits). De plus, tous les CHSGS ayant une désignation CHU, CAU et IU doivent avoir au minimum un ratio de 1 ETC/107 lits en 2007-2008 (cible particulière 2010 : 1 ETC/100 lits).

La consolidation des ressources en prévention et contrôle des infections doit être suivie rigoureusement afin d'assurer une vigie suffisante pour être en mesure de réagir en temps opportun.

3.3.2 La traçabilité des produits sanguins

Objectif

Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Taux de traçabilité des produits sanguins	99,0 %	100 %	98,8 %

La traçabilité des produits sanguins est la capacité d'identifier les receveurs réels de chaque composant délivré et, inversement, d'identifier tous les donneurs du sang ayant joué un rôle dans l'administration du produit sanguin ou dérivé à un patient donné. La traçabilité permet de retrouver et de retirer rapidement les produits contaminés ou encore d'intervenir auprès des patients qui ont reçu des produits potentiellement contaminés. En milieu hospitalier, la traçabilité est assurée lorsqu'on peut retracer le produit sanguin jusqu'à sa destination finale (transfusion, transformation, destruction, etc.). Le taux de traçabilité représente le nombre de produits retracés par rapport au nombre de produits gérés par l'établissement.

Le taux de traçabilité des produits sanguins a très légèrement diminué au cours de l'exercice 2006-2007. Cependant, seulement cinq établissements ont eu un taux de traçabilité inférieur à 99 %. La majorité des établissements ont maintenu un taux de traçabilité de 100 % ou de presque 100 %. Certains établissements ont de la difficulté à extraire de leur système informatique des données réelles d'utilisation. Ainsi, la « perte de traçabilité » pour certains produits reflète davantage des problèmes d'utilisation du système informatique. Un outil déployé au cours de l'exercice 2007-2008 devrait permettre aux établissements de fournir des données exactes, ce qui devrait se traduire par une hausse du taux de traçabilité global.

Orientation : Favoriser l'intégration et la cohérence des actions en matière de médicaments afin d'assurer notamment la viabilité et la pérennité du Régime général d'assurance médicaments

3.3.3 Les médicaments

Objectif Adopter et mettre en œuvre une politique du médicament

Indicateur	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Adoption d'une politique du médicament en 2005-2006 et évolution de sa mise en œuvre	Adoption et mise en œuvre d'une politique du médicament	Publication de <i>La politique du médicament</i> le 1 ^{er} février 2007

Au terme d'une démarche complexe et planifiée, *La Politique du médicament* a été rendue publique le 1^{er} février 2007. Cette politique s'articule autour de quatre axes, soit :

- l'accès aux médicaments ;
- l'établissement d'un prix juste et raisonnable pour les médicaments ;
- l'usage optimal des médicaments ;
- le maintien d'une industrie biopharmaceutique dynamique au Québec.

Le contenu de la Politique du médicament est présenté dans la partie 2 du présent rapport.

Une période de trois ans est prévue pour la mise en œuvre des 29 orientations de la Politique.

Orientation : Informer la population sur son état de santé et de bien-être et sur les moyens de le maintenir ou de l'améliorer

3.3.4 L'information à la population

Objectif Informer la population sur son état de santé et de bien-être par la diffusion du rapport du directeur national de santé publique

Indicateur	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Diffusion du rapport	Diffusion du rapport du directeur national de santé publique	Diffusion du <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec</i>

Objectif Rendre accessible aux citoyens et aux intervenants un ensemble intégré de ressources d'information, dont un Portail Santé sur Internet

Indicateur	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Nombre de consultations du site Web	n. d.	141 728

Objectif Poursuivre la réalisation des campagnes sociétales nécessaires au succès des actions de promotion de la santé et de prévention sur les thèmes prioritaires choisis par le Ministère, notamment sur :

- le bon usage du médicament
- la réduction de la fumée de tabac dans l'environnement
- la promotion des rapports égaux, de la communication ainsi que de l'estime de soi chez les jeunes
- la prévention des dépendances (alcool, drogues et jeu)
- la promotion de saines habitudes de vie (Vas-y, fais-le pour toi !)
- la prévention des ITSS et du sida
- la promotion de la vaccination contre l'influenza

Indicateur	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Réaliser les objectifs fixés pour chacune des campagnes	Réalisation de campagnes qui auront le potentiel de changer les comportements : message clair, perception des personnes exposées, etc.	Voir le texte pour les résultats de chacune des campagnes 2006-2007

Le rapport du directeur national de santé publique

Le *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* a été lancé en octobre 2006 à l'occasion des Journées annuelles de santé publique. Ce rapport, prévu par la Loi sur la santé publique, a été préparé conjointement par l'Institut national de santé publique du Québec et le Ministère. Il fait état du bilan de santé de la population québécoise. Le rapport comprend deux volumes : *Les analyses* et *Les statistiques*, distribués respectivement à 2 500 et 1 500 exemplaires. De plus, 500 exemplaires du volume *Les analyses* sont en vente aux Publications du Québec. Enfin, il

est possible de consulter le rapport à partir du site Internet du Ministère et de celui de l'Institut national de santé publique du Québec. En juin 2007, 359 965 consultations de ce dernier avaient été enregistrées.

Le Portail Santé

Le *Guide Santé* a été mis en ligne le 9 novembre 2006. L'objectif pour l'année 2006-2007 consistait à rendre facilement accessible une information santé fiable pour les citoyens. Dans l'esprit de la modernisation de l'État, le Ministère a décidé de produire uniquement une version électronique du *Guide Santé*, qui permet une mise à jour constante. De cette décision a découlé l'abandon de la réalisation d'une enquête par sondage mesurant l'utilisation et la satisfaction de la population par rapport au guide papier. Le nombre total de consultations du *Guide Santé*, sur le portail gouvernemental de services, démontre l'intérêt de la population pour une information sur la santé et la facilité d'accès à cette information pour un grand nombre de personnes.

Les campagnes sociétales

Observer des changements de comportements à la suite d'une campagne exige des délais qui excèdent ceux de l'exercice financier, soit d'avril 2006 à mars 2007. Comme la plupart des campagnes ont eu lieu lors du dernier trimestre, les évaluations effectuées ont porté sur leur capacité à mener aux changements souhaités plutôt que sur l'observation directe d'un changement des comportements. Les seules évaluations réalisables étaient les mesures obtenues sur le matériel produit, telles que la clarté du message, l'intention, la perception et l'attitude des personnes exposées. Ces indicateurs permettent de pressentir la capacité des campagnes à modifier les comportements pour les mois et les années qui suivent. Les résultats obtenus proviennent d'études menées sur les thématiques suivantes par des firmes de recherche-marketing mandatées à cet effet :

Campagnes	Constats
<ul style="list-style-type: none"> Bon usage du médicament Prévention des dépendances Prévention des ITSS Promotion de la communication parents-jeunes 	Les messages ont été bien compris par les clientèles visées. L'attitude a été favorable aux comportements préventifs souhaités chez les personnes exposées.
<ul style="list-style-type: none"> Promotion de la vaccination 	Certains problèmes ont été constatés dans la diffusion des affiches destinées aux établissements de soins, rendant ainsi les résultats peu concluants.
<ul style="list-style-type: none"> Promotion de saines habitudes de vie 	Cette campagne a fait l'objet d'une évaluation par les autorités du ministère responsable, soit le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
<ul style="list-style-type: none"> Réduction de la fumée de tabac dans l'environnement 	L'usage du tabac faisant l'objet constant de multiples évaluations, aucune évaluation relative aux aspects communicationnels n'a été effectuée.

3.3.5 Les effectifs médicaux

Objectif Assurer un niveau d'atteinte de 80 % des plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine de famille et en médecine spécialisée

Indicateurs	Résultats PREM 2006	Cibles PREM 2007	Résultats préliminaires PREM 2007
Niveau d'atteinte des PREM en médecine de famille par catégorie de régions ¹	Ne s'applique pas	Pourvoir 80 % des postes pour les nouveaux omnipraticiens autorisés au PREM de chacune des régions du Québec	57 % en régions éloignées 70 % en régions intermédiaires 94 % en régions périphériques 102 % en régions universitaires
Niveau d'atteinte des PREM en médecine spécialisée par catégorie de régions ²	78 % en régions éloignées 84 % en régions intermédiaires 92 % en régions périphériques 98 % en régions universitaires	Pourvoir 80 % des postes pour les nouveaux spécialistes autorisés au PREM de chacune des régions du Québec	77 % en régions éloignées 85 % en régions intermédiaires 91 % en régions périphériques 98 % en régions universitaires

Objectif Augmenter les admissions en médecine du contingent régulier à 748 pour 2005-2006 et à 772 pour 2006-2007

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Nombre d'étudiants admis en médecine	748	772	772

Objectif Faciliter l'intégration à la pratique de la médecine aux Québécois diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis

Indicateur	Résultat final 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Nombre de DHCEU admis en résidence annuellement	58	n. d.	60

1 et 2 Les régions éloignées sont le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord ainsi que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
Les régions intermédiaires sont le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Mauricie et Centre-du-Québec ainsi que l'Outaouais.
Les régions périphériques sont Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie.
Les régions universitaires sont la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux

Les différentes régions administratives du Québec ne bénéficient pas toutes du même niveau d'accès aux soins de santé ; le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) vise à assurer une plus grande équité d'accès aux services médicaux. La notion d'équité comprend deux principes :

- assurer à la population de chaque région une part équitable des services ;
- privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires.

Le PREM 2006 a été en application du 1^{er} décembre 2005 au 30 novembre 2006 en médecine générale et jusqu'au 14 janvier 2007, en médecine spécialisée.

Le PREM 2007 en médecine générale est en application depuis le 1^{er} décembre 2006, alors que celui en médecine spécialisée l'est depuis le 15 janvier 2007. Le conseil d'administration de chacune des agences a approuvé les PREM 2007, et ce, tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée.

Les médecins omnipraticiens

Les données préliminaires indiquent que l'objectif de 80 % du niveau d'atteinte des PREM en médecine générale en 2007 n'a pas été atteint dans les régions intermédiaires et éloignées. À ce jour, seulement 173 « nouveaux facturants » sur les 215 attendus se sont manifestés. Les résultats devraient s'améliorer en cours d'année.

Toutefois, le recrutement demeure difficile dans certains sous-territoires de régions qui ont atteint leur objectif de croissance. Le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux devront continuer à offrir des mesures incitatives pour assurer l'atteinte des cibles régionales, mais aussi favoriser une meilleure répartition intrarégionale, entre autres, en s'assurant que les mécanismes existants de répartition intrarégionale sont pleinement utilisés.

Les médecins spécialistes

Pour les PREM 2006 en médecine spécialisée, toutes les régions ont atteint leur cible, exception faite des régions éloignées dont le niveau d'atteinte est de 78 % (pour une cible de 80 %).

L'objectif de 80 % du niveau d'atteinte des PREM 2007 en médecine spécialisée n'a pas été atteint dans les régions éloignées. Il faut noter cependant que la gestion rigoureuse des PREM, particulièrement dans les régions universitaires, a entraîné une amélioration de l'installation de médecins spécialistes dans les spécialités de base dans les autres régions.

La mise en place des réseaux universitaires intégrés de santé devrait favoriser une meilleure répartition des effectifs médicaux par des actions concertées entre les milieux universitaires et chacune des agences.

Depuis peu, on assiste à une accélération des impacts du vieillissement des effectifs médicaux spécialisés (diminution des activités cliniques, retraites, etc.). Ce phénomène affecte particulièrement les régions urbaines comme Montréal, Québec et leur périphérie, où l'on observe une hausse importante de l'attrition. Cette situation pourrait compromettre l'atteinte des objectifs en matière de répartition équitable des effectifs médicaux spécialisés, puisque le mode de gestion actuel des PREM en médecine spécialisée prévoit le remplacement systématique de tous les départs observés dans un établissement.

Le maintien d'une gestion rigoureuse des PREM, tant en médecine familiale qu'en médecine spécialisée, combiné aux différentes mesures de répartition des médecins, devrait entraîner davantage d'équité dans l'accès aux services médicaux dans l'ensemble des régions du Québec.

Les admissions en médecine

La politique doctorale doit favoriser, à moyen et à long terme, l'arrivée sur le marché du travail d'un nombre suffisant de nouveaux médecins pour prendre la relève des personnes qui quittent la profession et pour répondre aux nouveaux besoins de la population.

Les admissions doctorales régulières en médecine ont été augmentées de façon importante au cours des dernières années, passant de 406 en 1998-1999 à 772 en 2006-2007, afin de répondre à l'augmentation des besoins de la population.

L'intégration des diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis

Au cours des dernières années, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, en collaboration avec le Ministère, a mis en place diverses mesures afin d'aider les Québécois diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) à réussir les examens du Collège des médecins du Québec et à être admis en résidence. La finalité pour ces médecins consiste à obtenir un permis régulier de la médecine. Ainsi, les admissions des DHCEU dans le contingent régulier et le contingent particulier sont passées de 5 en 2002-2003 à 58 en 2005-2006, puis à 60 en 2006-2007.

Les mesures incitatives

Des avantages financiers négociés et non négociés sont offerts aux médecins qui souhaitent pratiquer la médecine dans certains territoires du Québec. Ces avantages sont des bourses de formation, des primes d'installation, des primes de maintien, une rémunération différenciée, des frais de sorties, etc. Les mesures non négociées sont gérées par le Comité interrégional sur les effectifs médicaux en régions désignées, qui est formé de représentants des territoires désignés du Québec et du Ministère. Le budget annuel est de sept millions de dollars.

L'octroi de bourses à des étudiants et résidents en médecine lié à un engagement de pratique en territoires désignés est une autre mesure efficace pour favoriser l'installation de médecins en région. Le nombre de bourses de la RAMQ a augmenté de façon importante depuis le début des années 2000, passant d'environ 40 à 81 en 2006-2007. Ces statistiques n'incluent pas les bénéficiaires de bourses de formation spécialisée.

La réalisation de stages de formation médicale hors des milieux universitaires est reconnue comme un autre facteur favorisant l'installation des médecins en région. Ainsi, le Conseil des ministres recommandait d'atteindre un pourcentage significatif de stages en région, soit entre 10 % et 15 % dans les programmes spécialisés et entre 30 % et 35 % dans les programmes de médecine familiale, par rapport à l'ensemble des stages de formation effectués par les résidents. Pour atteindre cet objectif, trois actions ont été mises en place :

- la mise sur pied de campus satellites (Trois-Rivières et Saguenay) afin d'accueillir des étudiants en médecine pour leur formation doctorale ;
- la création et la consolidation d'unités de médecine familiale (UMF) régionales pour permettre l'accueil de plus de résidents en médecine familiale en région ;
- la consolidation de la formation en région, à l'externat ainsi qu'à la résidence en médecine familiale et dans les spécialités de base, par l'élaboration du Programme de formation médicale décentralisée. Ce programme soutient les stages réalisés dans l'ensemble des régions non universitaires, tout en favorisant les stages en région éloignée et isolée.

Le nombre de mois de stages financés par le Programme de formation médicale décentralisée a doublé de 2004-2005 à 2006-2007. Le financement lié à ce programme représente des dépenses de plus de neuf millions par année actuellement. À ce budget s'ajoutent les sommes liées au développement et au fonctionnement des UMF ainsi que des campus satellites.

3.3.6 Le personnel du réseau

Objectif Identifier les problématiques de main-d'œuvre, selon les secteurs d'activité, à l'échelle nationale

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Évolution de l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources dans les secteurs prioritaires	Monitoring réalisé	Monitoring continu des besoins de main-d'œuvre	Monitoring réalisé

Objectif Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateur	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,74 %	5,34 %	5,78 %

Les besoins de main-d'œuvre

Le Ministère effectue un monitoring continu des besoins de main-d'œuvre, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. En 2006-2007, un suivi particulier a été effectué pour les infirmières, les infirmières auxiliaires, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les technologues en radio-oncologie, les pharmaciens, les technologues médicaux, les technologues en radiodiagnostic, les technologues en médecine nucléaire, les inhalothérapeutes et les techniciens en électrophysiologie médicale.

Pénurie de main-d'œuvre par profession, 2006-2007

Professions	Pénurie 2006-2007 ¹	Effectif ²	Pourcentage
Infirmières	1 554	64 510	2,4 %
Pharmaciens			
d'établissements	160	1 246	12,8 %
Orthophonistes	52	1 317 ³	3,9 %
Ergothérapeutes	133	3 483	3,8 %
Physiothérapeutes	111	3 969	2,8 %
Techniciens en électrophysiologie médicale ⁴	92	707	13,0 %
Technologues en radiodiagnostic	294	3 254	9,0 %
Inhalothérapeutes	78	3 125	2,5 %

1. Synthèse des pénuries au 31 mars 2006 ou enquête dans les établissements (orthophonistes et pharmaciens).

2. Effectif au 31 mars 2006.

3. Membres de l'ordre professionnel au 31 mars 2005

4. Sur la base de l'évaluation au 31 mars 2004

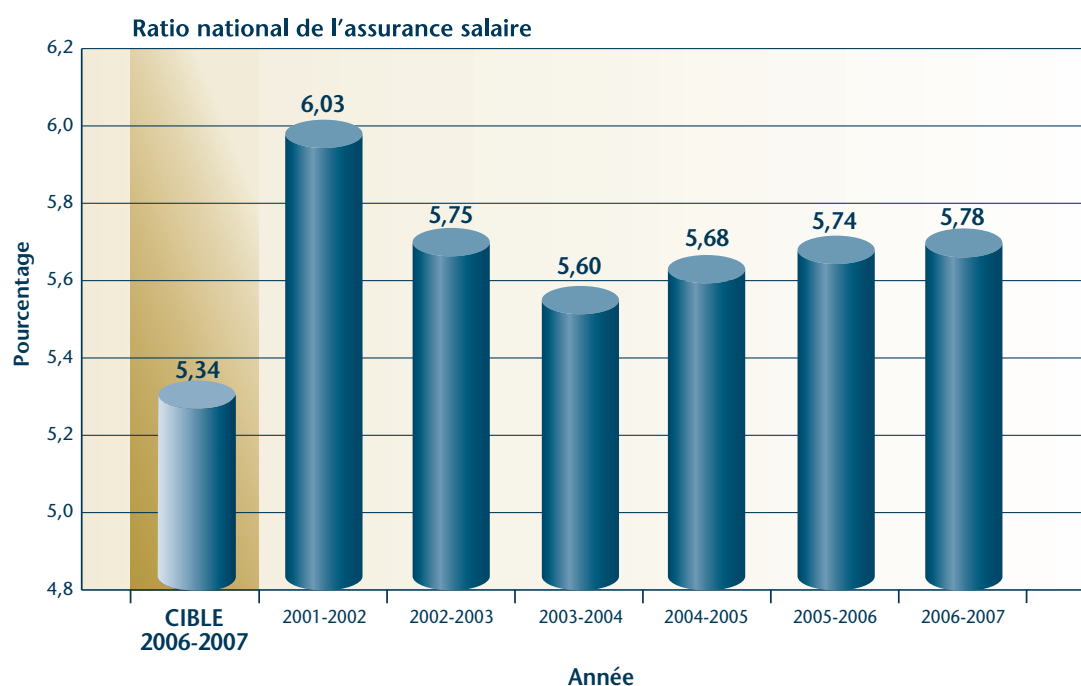
La mise à jour des projections démontre une stabilité des pénuries chez les professions les plus touchées. En ce qui concerne les orthophonistes, l'écart avec les données présentées en 2005-2006 s'explique par un changement dans la méthode d'évaluation de la pénurie, soit une enquête sur les postes vacants dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Différentes actions sont mises en place par le Ministère et ses différents partenaires afin de remédier à ces pénuries. Ces mesures visent, notamment, l'attraction et la rétention, l'adéquation formation-emploi et l'intégration de personnes immigrantes dans les professions de la santé. De plus, spécifiquement pour les infirmières, des mesures ont été introduites dans les conventions collectives afin d'améliorer l'attraction et la rétention. Entre autres, des montants ont été versés pour augmenter les budgets de développement pour élaborer des programmes d'accueil et d'intégration ainsi que pour mettre en place des emplois permanents pour les infirmières.

La gestion de la présence au travail

Le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées constitue le meilleur indicateur pour commenter l'évolution de la présence au travail dans le réseau, puisqu'il tient compte, entre autres, de la variation du nombre d'heures travaillées. La cible de 5,34 % qui avait été fixée, pour l'année 2006-2007, n'a pas été atteinte, puisque le résultat se situe à 5,78 %, ce qui représente un dépassement de 8 %.

Un plan d'action ministériel en gestion de la présence au travail a été mis en œuvre en décembre 2001, et les plans d'action régionaux qui en découlent ont commencé à s'appliquer en 2002-2003. Le ratio d'assurance salaire est passé de 6,03 % en 2001-2002 à 5,75 % en 2002-2003. Par ailleurs, en fonction des nombreux efforts déployés par tous les intervenants, une certaine stabilité du ratio est observée depuis 2002-2003, passant de 5,75 % à 5,78 % pour 2006-2007. La présence au travail est une priorité organisationnelle, tant locale que régionale.



Au cours des prochaines années, le Ministère poursuivra, de concert avec les agences de la santé et des services sociaux et les établissements, la mise en œuvre de diverses activités en vue d'améliorer la gestion de la présence au travail. Il faut mentionner parmi ces activités : la production d'indicateurs de gestion découlant de la banque de données nationale, l'élaboration d'un nouveau plan d'action 2007-2010 ainsi que la détermination des pistes d'interventions prioritaires découlant des indicateurs de gestion.

Orientation :	Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services
----------------------	---

3.3.7 L'utilisation des ressources informationnelles

Objectif	Assurer la gouvernance des ressources informationnelles du Ministère et de son réseau : <ul style="list-style-type: none"> • en assurant l'évolution annuelle de l'architecture globale du plan d'informatisation • en élaborant et en diffusant les normes et les standards qui soutiennent les orientations architecturales du plan d'informatisation • en assurant la réalisation annuelle, par 100 % des agences, de plans régionaux d'informatisation arrimés avec l'architecture globale du plan d'informatisation
-----------------	--

Indicateurs	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Révision annuelle de l'architecture globale	Interopérabilité, à l'échelle québécoise et canadienne, des systèmes d'information en santé	Arrimage du modèle de données et de l'évolution des systèmes d'information existants en fonction de messages standardisés
	Suivi des travaux d'Inforoute Santé du Canada (ISC)	Production de modèles de données et de messages standardisés pour les travaux d'ISC et pour les projets du plan d'informatisation
	Élaboration des orientations technologiques	Diffusion des orientations technologiques
	Élaboration et approbation des architectures de sécurité	Élaboration et validation des architectures de sécurité
Normes et standards diffusés annuellement en lien avec l'architecture globale	Évolution du registre des normes	Mise à jour du registre des normes et standards
	Diffusion des normes et standards	Mise en ondes du site Web de diffusion des normes et standards
Proportion des agences qui ont réalisé un plan d'informatisation arrimé	Dépôt des plans de 16 agences incluant la région du Nord-du-Québec	Dépôt des plans de 16 agences incluant la région du Nord-du-Québec

Objectif	Implanter les systèmes d'information et les infrastructures technologiques ministérielles, provinciales et régionales en soutien à l'intégration des services et à la circulation de l'information clinique
-----------------	--

Indicateur	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Systèmes d'information et infrastructures technologiques implantés	Poursuite de l'implantation des systèmes d'information et des infrastructures technologiques	Poursuite des travaux d'implantation des différents systèmes d'information

Objectif

Réaliser et mettre en œuvre des cadres de gestion conduisant à la certification des applications et à l'utilisation de normes et de standards favorisant l'interopérabilité, la réutilisation, la concertation et l'intégration des systèmes d'information et des infrastructures technologiques

Indicateurs	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Réalisation et évolution de la mise en œuvre de cadres de gestion	Approbation et mise en place du cadre de gestion de la normalisation	Adoption du cadre de gestion des normes et standards Approbation de nouvelles normes (plus de 100 standards ont été adoptés)
Nombre de projets informatiques certifiés	Ne s'applique pas	18 applications certifiées

Les multiples aspects des activités de gouvernance concourent à la mise en œuvre d'une stratégie d'optimisation des ressources informationnelles appuyant la mise en place des réseaux de services.

Tel qu'il est mentionné dans le plan d'informatisation, l'action ministérielle portant sur l'élaboration d'une architecture d'ensemble et l'adoption de normes et de standards orientent l'évolution des systèmes d'information et permettent la définition d'une offre de service électronique qui soutient la prestation de services et favorise la circulation de l'information entre les intervenants. L'arrimage des efforts déployés dans la réalisation du Dossier de santé du Québec (DSQ), la mise en place des plans régionaux d'informatisation et la planification de l'évolution des moyens de télécommunications façonnent un nouvel environnement informationnel performant et sécuritaire qui contribue à l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des soins et des services offerts aux citoyens.

Parmi les projets d'informatisation implantés au cours de l'exercice 2006-2007, il faut mentionner le déploiement complet d'une version révisée d'Info Santé permettant une modernisation de la plateforme technologique utilisée (Web) ainsi que des systèmes téléphoniques. Les services de réponse aux appels pourront désormais être optimisés sur une base régionale et interrégionale plutôt que sur une base locale.

Les travaux se sont également poursuivis pour la livraison des systèmes et des infrastructures suivants :

- Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPA) : acquisition et expérimentation d'un outil informatisé d'évaluation de la clientèle.
- Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) : conception d'un système d'information permettant la gestion des listes d'attente pour les services spécialisés sur les plans local, régional et national.
- Projets d'informatisation pour la mise en place des réseaux locaux de services : poursuite du déploiement de dix-neuf projets dans douze régions.
- Poursuite de l'informatisation des groupes de médecine de famille (GMF) : 86 % des 125 GMF accrédités au 31 mars 2007 sont informatisés.

3.4 La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux

Orientation : Assurer une gestion des ressources financières qui respecte le cadre budgétaire du gouvernement et qui est équitable pour toutes les régions du Québec

Objectif Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux

Indicateur	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
Respect de l'enveloppe budgétaire	116,4 M\$	141,2 M\$

Le Ministère a poursuivi ses efforts afin d'assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Ces efforts ont débuté dès la transmission des enveloppes initiales de crédits 2006-2007 par la signification de cibles budgétaires allouées à chacune des régions, totalisant pour la province 116,4 millions de dollars. De plus, ces mêmes cibles sont partie intégrante des ententes de gestion et d'imputabilité conclues entre les instances régionales et le Ministère pour l'année 2006-2007.

Des rencontres ont eu lieu avec les instances régionales et/ou les établissements en vue d'assurer le respect de la cible déficitaire tout en préservant l'accessibilité des services requis par la population. La pleine réalisation des mesures de redressement budgétaire visant à permettre le respect de la cible fixée et ayant obtenu l'approbation du ministre, en 2006-2007 et au cours des exercices antérieurs, présentait un potentiel de redressement de 30,9 millions de dollars.

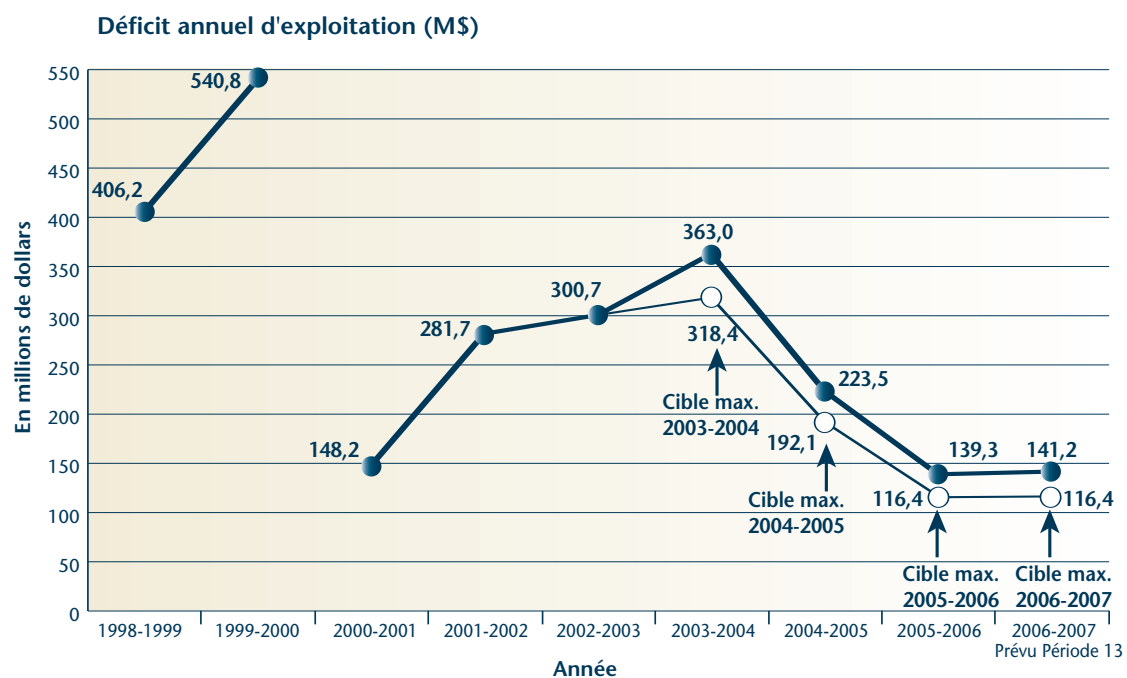
Les résultats régionaux

Les résultats attendus pour l'exercice 2006-2007 indiquent que dix régions termineront l'exercice dans le respect de leur cible budgétaire régionale signifiée par le Ministère. Par ailleurs, quatre régions prévoient un dépassement de leur cible équivalant à moins de 0,5 % de leurs revenus. Deux régions prévoient un dépassement de leur cible se situant entre 0,5 % et 1 % de leurs revenus, et deux autres régions prévoient un dépassement de leur cible représentant plus de 1 % de leurs revenus. Le déficit d'exploitation annuel est passé de 139,3 millions de dollars en 2005-2006 à un montant estimé à 141,2 millions de dollars, selon les données de la dernière période financière de l'exercice 2006-2007, pour un écart à la cible de 24,8 millions de dollars (0,27 % du budget 2006-2007).

127 établissements en équilibre – Les résultats à la 13^e période financière révèlent que près de 65 % des établissements publics termineront l'année financière 2006-2007 en équilibre ou en surplus, sur une base annuelle d'exploitation.

68 établissements en déficit – Parmi les 68 établissements qui prévoient terminer l'exercice financier 2006-2007 en déficit, 46 prévoient un résultat qui respecte le niveau de leur cible et 22 prévoient un déficit supérieur à leur cible.

Le Ministère, en collaboration avec les agences et les établissements, entend poursuivre ses efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.



Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens

La *Déclaration de services aux citoyens* traduit l'engagement du Ministère d'offrir des services de qualité à la population québécoise. À cet effet, les services offerts doivent être accessibles, donnés par un personnel courtois et les demandes doivent recevoir un traitement professionnel.

La déclaration touche les services offerts directement à la population par le Ministère, se limitant ainsi à trois types de services :

- 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 qui ont 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 se rapportant à la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application.

4.1. Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux

En décembre 2006, le service des renseignements généraux du ministère de la Santé et des Services sociaux a été transféré à Services Québec, qui respecte les engagements pris en matière de qualité des services. Pour sa part, le Ministère a continué de répondre aux demandes plus spécifiques redirigées par Services Québec.

Le tableau suivant présente les demandes de renseignements généraux traités par le Ministère. La plupart des demandes ont été adressées par téléphone.

Répartition des demandes de renseignements traités par le Ministère selon le mode de communication utilisé, 2006-2007

Mode de communication utilisé	Nombre de demandes
Appel téléphonique	14 037
Courrier électronique	4 649
Total	18 686

Les appels téléphoniques

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

- Le Ministère possédait une ligne sans frais avant le transfert des services en décembre 2006. À la suite du transfert des renseignements généraux à Services Québec, les citoyens ont toujours accès à un numéro sans frais à Services Québec, soit le 1 877 644-4545.
- Le Ministère assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.
- Conformément aux engagements, le délai de réponse est toujours le plus rapide possible. Avant le transfert des renseignements généraux à Services Québec, le Ministère répondait à une centaine d'appels en moyenne par jour. Depuis qu'il répond aux demandes plus spécifiques, il traite une quinzaine d'appels téléphoniques chaque jour.

Les demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

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

- Comme pour le service téléphonique, le Ministère continue de répondre aux demandes plus spécifiques redirigées par Services Québec. Aucune demande de renseignements n'est parvenue par la poste ou par le télécopieur. Concernant le courrier électronique, les citoyens reçoivent, dans la grande majorité des cas, une réponse le jour même. Si le Ministère ne peut transmettre de réponse le jour même, un accusé de réception est transmis au demandeur conformément à l'engagement.

4.2. 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

Les renseignements transmis aux citoyens s'adressant au Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) portent sur différents sujets : le mandat du SAI, le cadre législatif en matière d'adoption internationale, le rôle des organismes agréés, les démarches d'adoption, les services disponibles en préadoption et postadoption ainsi que l'obtention de la citoyenneté canadienne. Le personnel peut également fournir des informations sur les programmes sociaux disponibles pour les adoptants et leurs enfants.

En matière de recherche d'antécédents sociobiologiques et de retrouvailles, le personnel précise le cadre législatif encadrant l'obtention d'un sommaire des antécédents et la poursuite des démarches de retrouvailles pour la clientèle visée.

Le site Internet du SAI permet au citoyen de demander des informations en ligne ou encore de communiquer ses insatisfactions par rapport aux services obtenus. De plus, 500 personnes sont abonnées aux Cyber Nouvelles. Le SAI fait ainsi mieux connaître sa philosophie, ses valeurs, son fonctionnement, le cadre juridique entourant ses activités et son réseau de partenaires.

Les appels téléphoniques

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

- Le SAI dispose d'une ligne téléphonique sans frais (1 800 561-0246).
- Le SAI assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.
- Le SAI répond quotidiennement, en moyenne, à 45 appels téléphoniques provenant d'organismes agréés, d'intervenants du réseau (CSSS, centres jeunesse), mais surtout de citoyens souhaitant obtenir des informations. Chaque appel est pris en charge par une agente de bureau qui voit aussitôt à le rediriger vers le service approprié afin d'assurer à l'interlocuteur une réponse adéquate.

Les demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

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

- Au 31 mars 2007, le SAI comptait 2 693 dossiers d'adoption ouverts, se situant à l'une ou l'autre des étapes de la démarche d'adoption. En 2006-2007, le SAI procédait à l'ouverture de 1 234 nouveaux dossiers d'adoption. Le SAI produit annuellement, de façon conservatrice, plus de 10 000 lettres nécessaires aux démarches d'adoption.
- Le SAI ne possède pas de système pour comptabiliser le délai de réponse exact. Toutefois, selon les observations et les analyses ponctuelles, il est permis de croire que le SAI répond dans la très grande majorité des cas à l'intérieur d'un délai de dix jours ouvrables.

Les demandes en personne

Engagements	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilité pour recevoir les citoyens du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30• Annonce immédiate de l'arrivée des personnes• Direction des personnes qui se présentent sans rendez-vous afin qu'elles obtiennent de l'aide
--------------------	---

- Chaque visiteur arrivant au SAI est accueilli par un personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, incluant l'heure du dîner. Dès que le visiteur arrive, une agente de bureau voit immédiatement à l'annoncer au service approprié.
- Les visites sans rendez-vous sont traitées de la même façon que celles avec rendez-vous. L'employé concerné est informé et en cas d'impossibilité, des arrangements sont pris avec le visiteur.

4.3. Les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application

Le Service de lutte contre le tabagisme (SLT) est chargé de la mise en œuvre de la Loi sur le tabac. Dans ce cadre, il fournit à la population en général, aux exploitants des lieux visés par la Loi, aux détaillants de tabac ainsi qu'aux employés travaillant dans un lieu visé, un service de renseignements sur la Loi par lequel il reçoit aussi les plaintes se rapportant à son application.

Répartition des demandes de renseignement et des plaintes selon le mode de communication utilisé, et délai moyen de réponse, 2006-2007

Mode de communication utilisé	Nombre de demandes	Délai moyen de réponse
Appel téléphonique	18 260	Aucun pour 71 % des appels 48 secondes pour 29 % des appels
Courrier électronique	649	7,65 jours
Courrier postal	14	7 jours
Total	18 923	

Par ailleurs, le SLT réalise des activités d'inspection pour s'assurer du respect de l'application de la Loi. À ce sujet, les plaintes déposées constituent une source importante d'information pour les inspecteurs. Lors des 8 078 inspections réalisées durant l'année 2006-2007, les inspecteurs ont délivré 1 069 constats d'infraction aux exploitants ou aux individus, soit une augmentation de 20 % par rapport à l'année précédente.

Les appels téléphoniques

- | | |
|--------------------|--|
| Engagements | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de la ligne sans frais partout au Québec • Prise d'appel du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 • Réponse la plus rapide possible |
|--------------------|--|
- La ligne sans frais 1 877 416-8222 (ou, pour la région de Québec, 418 646-9334) est en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30. Durant l'année 2006-2007, le SLT a répondu à 18 260 demandes téléphoniques de renseignements sur la Loi ou plaintes reliées à son application. Ce volume d'appels représente une augmentation de près de 95 % comparativement à celui de l'année précédente. L'entrée en vigueur des modifications à la Loi, le 31 mai 2006, explique l'achalandage exceptionnel qui a eu lieu dans les semaines entourant cette date.
 - Parmi les appels ayant obtenu une réponse, 71 % ont été pris en charge sans délai, alors que les appels en attente ont été pris en charge dans un délai moyen de 48 secondes. Malgré une hausse exceptionnelle du volume d'appels, seulement 13 % des appels entrant au service téléphonique ont été abandonnés, soit une augmentation de seulement 1 % par rapport à l'exercice financier 2005-2006.

Les demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

- | | |
|-------------------|--|
| Engagement | <ul style="list-style-type: none"> • Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les dix jours ouvrables suivant la réception de la demande |
|-------------------|--|
- Le SLT permet aussi à la population d'effectuer des demandes de renseignement sur la Loi sur le tabac par courrier électronique [loi-tabac@msss.gouv.qc.ca]. Durant 2006-2007, 649 demandes ont été acheminées par courrier électronique, soit près de 28 % d'augmentation par rapport à l'année précédente. De ce nombre, 17 % ont fait l'objet d'une réponse par téléphone et 82 % par courriel. Le délai moyen de réponse a été de 7,65 jours. Moins de 1 % des messages reçus n'ont pas obtenu de réponse, principalement parce qu'ils faisaient suite à des échanges ou faisaient état de commentaires inconvenants.
 - Par ailleurs, quatorze plaintes concernant l'application de la Loi sur le tabac ont été reçues par la poste et ont été acheminées pour traitement. Seulement six de ces plaintes comprenaient les coordonnées des plaignants. Un accusé de réception a alors été transmis à ces plaignants dans un délai moyen de sept jours.

4.4. Les plaintes

En cas d'insatisfaction concernant un service obtenu et visé par la *Déclaration de services aux citoyens*, les citoyens peuvent communiquer avec la personne responsable du traitement des plaintes du Ministère afin de lui faire part de leurs insatisfactions. Cette personne reçoit les plaintes et les commentaires relativement aux engagements contenus dans la déclaration et examine le tout de façon indépendante et confidentielle.

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

- Au cours de l'année 2006-2007, le responsable du traitement des plaintes liées à la *Déclaration de services aux citoyens* du Ministère a reçu directement un total de neuf plaintes (quatre courriels et cinq lettres), lesquelles ont fait l'objet d'un suivi par l'unité administrative visée lorsque cela était requis (une sur neuf).

Des neuf plaintes reçues, huit ne concernaient pas les unités administratives visées dans la *Déclaration de services aux citoyens* du Ministère, mais plutôt des services rendus par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou l'organisation régionale des services. Dans ces cas, sur réception de la plainte, une lettre a été transmise aux plaignants leur indiquant soit les coordonnées du commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement, soit les coordonnées du commissaire régional à la qualité des services de l'agence de la santé et des services sociaux concernée. Les coordonnées du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux étaient aussi données aux plaignants en cas d'insatisfaction de la réponse reçue en premier recours.

En ce qui a trait à la plainte applicable à la *Déclaration de services aux citoyens* du Ministère, elle concernait le SAI. Dans ce cas, un suivi a été assuré par l'unité administrative touchée.

- Dans tous les cas, le traitement des plaintes a été fait dans un délai maximal de vingt jours à compter de leur réception.

L'utilisation des ressources

La présente partie du rapport fait état des ressources allouées au Ministère en 2006-2007 dans l'exercice de sa mission.

5.1. Les ressources humaines

L'évolution de l'effectif et les mouvements de personnel

Au 31 mars 2007, le Ministère et les organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, dont le Ministère assure le soutien administratif, comptaient 789 postes réguliers autorisés et 40 équivalents temps complet (ETC) occasionnels autorisés, pour un total de 829 ETC.

Les données détaillées concernant les postes réguliers et les emplois occasionnels sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Postes autorisés selon la catégorie et le statut d'emploi au 31 mars 2007¹

Catégorie d'emploi	Postes réguliers		Postes occasionnels		Total	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Haute direction et cadres	85	76	-	-	85	76
Professionnels	490	457	22	21	512	478
Fonctionnaires	260	256	20	19	280	275
Total	835	789	42	40	877	829

1. Ces données comprennent les effectifs du Conseil du médicament, du Commissaire à la santé et au bien-être et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Les départs à la retraite et la planification de la main-d'œuvre

Au cours de l'année 2006-2007, 29 personnes ont quitté leur emploi pour la retraite. Étant donné que le taux modulé octroyé au Ministère pour la réduction des effectifs associés aux départs à la retraite est de 40 %, c'est donc douze emplois qui devront être abolis pour répondre aux objectifs gouvernementaux de réduction de la taille de l'État, soit 1,5 % de l'effectif total.

Pour minimiser les impacts des départs à la retraite, un exercice a été entrepris dans chaque direction générale afin de déterminer, pour la période 2005-2008, lesquelles des personnes admissibles opéraient pour prendre leur retraite. Une analyse des fonctions, des compétences et du rôle des personnes visées a été effectuée. Par la suite, chaque gestionnaire devait évaluer si l'organisation en place pouvait pallier le départ de l'employé par des gains de productivité.

Les représentants des directions générales devaient aussi déterminer les emplois qui feraient l'objet d'abolition et les mesures à prendre pour pallier l'ensemble des départs à la retraite. Ces mesures étaient tant de l'ordre des gains de productivité et de réorganisation interne que de l'ordre des modifications aux mandats des unités administratives.

En 2007-2008, la Direction des services au personnel, avec les représentants des directions générales, verra à déterminer avec plus de précision les plans individuels pour pallier chacun des départs prévus. L'analyse des emplois sera aussi étendue aux emplois vulnérables. Dans ces plans seront notamment déterminés les besoins du personnel en place pour acquérir les connaissances et les habiletés requises, la période nécessaire pour le transfert de dossiers et, le cas échéant, les modifications à apporter à l'organisation du travail et aux mandats des unités administratives.

De là, l'estimation des besoins de recrutement de la main-d'œuvre pourra être revue et adaptée pour mieux répondre à la situation observée.

5.2. Les ressources budgétaires et financières *

Les dépenses pour l'année 2006-2007 du Ministère, de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) s'élèvent à 22 452 504 800 \$.

Ces dépenses se répartissent entre les quatre programmes distincts détaillés ci-dessous :

Les fonctions nationales programme 01 **287 551 800 \$**

Le programme des fonctions nationales vise à permettre au Ministère et aux organismes-conseils de disposer des ressources et des services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il vise également à susciter la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi qu'à financer les activités nationales. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment les services suivants :

- l'assurance hospitalisation à l'extérieur du Québec ;
- le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C ;
- l'application d'une politique d'équilibre du prix des médicaments ;
- les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux ;
- le soutien aux organismes communautaires nationaux.

Les fonctions nationales incluent également le budget de fonctionnement du Ministère ainsi que celui des différents organismes-conseils que sont le Conseil du médicament, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de même que le Commissaire à la santé et au bien-être.

Les fonctions régionales programme 02 **16 483 123 500 \$**

Le programme des fonctions régionales vise à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis dans les documents d'orientations ministérielles et des objectifs qui ont été signifiés aux agences dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Il inclut également le budget de fonctionnement de celles-ci. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment la prestation des services suivants :

- les services de santé et les services sociaux courants, de nature préventive ou curative, et les services de réadaptation ou de réinsertion ;
- les services diagnostiques et les soins médicaux généraux, spécialisés et surspécialisés ;

* Les données financières de cette section sont préliminaires, les opérations de vérification n'étant pas complétées.

L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'OPHQ. Ce rapport peut être consulté dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ophq.gouv.qc.ca.

La Régie de l'assurance maladie du Québec programme 04 5 670 176 800 \$

Le programme relatif à la RAMQ vise à couvrir le coût des services assurés d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que les frais y afférents, notamment :

- les services médicaux ;
- les services dentaires ;
- les services optométriques ;
- les médicaments et les services pharmaceutiques ;
- les autres services, dont les aides techniques.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de la RAMQ.

L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de la RAMQ. Ce rapport peut être consulté dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca.

Le tableau suivant présente les dépenses du Ministère en 2005-2006 et 2006-2007 pour chacun des programmes de même qu'une comparaison entre le budget et les dépenses 2006-2007.

Sommaire de l'écart budgétaire¹

(000 \$)					
		2005-2006	2006-2007		
Programme	Description	Dépenses	Budget	Dépenses	Écart
01	Fonctions nationales	267 558,0	292 291,4	287 551,8	4 739,6
02	Fonctions régionales	15 201 287,0	16 271 871,7	16 483 123,5	(211 251,8)
03	OPHQ	57 083,0	11 733,2	11 652,7	80,5
04	RAMQ	5 346 325,0	5 538 610,4	5 670 176,8	(131 566,4)
TOTAL		20 872 253,0	22 114 506,7	22 452 504,8	(337 998,1)

1. Le portefeuille sociosanitaire a aussi bénéficié d'une somme de 52 millions de dollars en provenance de la Société des loteries du Québec, versée dans deux comptes à fin déterminée. D'une part, un montant de 30 millions de dollars a été alloué afin de répondre plus adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qui demeurent à domicile ou qui vivent dans les CHSLD. D'autre part, une somme de 22 millions de dollars a été transférée au Ministère pour la prévention du jeu pathologique et pour le traitement des personnes qui ont développé une dépendance aux jeux de hasard et d'argent ainsi que pour les conséquences sur l'entourage de celles-ci.

Le budget de dépenses du Ministère, pour l'exercice 2006-2007, se chiffrait à 22 114,5 millions de dollars. Les dépenses pour cet exercice se chiffrent à 22 452,5 millions de dollars. L'écart est analysé selon chaque programme :

- Pour les fonctions nationales, les dépenses sont inférieures au budget initial. Cette situation découle principalement de la difficulté éprouvée par le Conseil du médicament à recruter le personnel nécessaire pour atteindre son rythme de croisière. Un resserrement de la gestion des budgets de fonctionnement du Ministère explique également une partie de l'écart.
- Pour les fonctions régionales, l'écart s'explique principalement par des dépenses supérieures aux prévisions initiales au chapitre des régimes de retraite (67 M\$) et des coûts du règlement de l'équité salariale (56,8 M\$). De plus, des montants sont venus s'ajouter aux sommes déjà prévues pour soutenir l'accès aux chirurgies (27,7 M\$) et pour améliorer

la performance dans les urgences (16 M\$). Enfin, d'autres ajustements ont été effectués, notamment pour différentes mesures relatives aux conditions de travail des salariés du réseau et des techniciens ambulanciers.

- Pour la RAMQ, l'écart s'explique essentiellement par les dépenses des services médicaux et des services pharmaceutiques qui ont été supérieures à la prévision.

5.3. Les ressources informationnelles

Les ressources informationnelles du réseau

L'impulsion nouvelle liée à l'adoption du plan d'informatisation du réseau s'est concrétisée au cours de l'année 2006-2007 par l'avancement de dossiers majeurs qui structurent l'offre de services en technologies de l'information, en soutien à l'organisation des soins et des services pour les années à venir.

La nomination d'un sous-ministre associé responsable du Dossier de santé du Québec (DSQ) et la constitution du Bureau du Dossier de santé du Québec démontrent l'importance accordée à la gestion de ce projet d'envergure. En vertu de son mandat, le responsable du DSQ recommande les choix technologiques appropriés selon les besoins exprimés par le personnel soignant. Par son mandat, le responsable favorise une vision intégrée de tous les projets relatifs à l'informatisation, en s'appuyant sur un réseau de partenaires pour leur financement et leur réalisation.

L'évolution du réseau de télécommunications est une composante essentielle du plan d'informatisation. Le rehaussement des liens dispensés aux établissements et la planification de la migration vers une nouvelle technologie appuient l'évolution du système de santé et de services sociaux dans la constitution de réseaux de services. Une décision gouvernementale a permis de jeter les ponts établissant la collaboration entre le Centre de services partagés du Québec, gestionnaire du Réseau de télécommunications multimédia à l'intention des organismes gouvernementaux, et le Ministère, responsable du Réseau de télécommunications sociosanitaire à l'intention des établissements de santé et de services sociaux.

La mise en œuvre du *Cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux – Volet sur la sécurité* revêt un caractère particulièrement important dans le contexte où les professionnels du réseau sociosanitaire utilisent l'autoroute électronique pour communiquer. Les responsabilités à l'égard de la confidentialité, de l'intégrité et de la disponibilité demeurent les mêmes. Les partenaires inscrits à l'intérieur du même domaine de confiance doivent solidairement appliquer des mesures pour garantir la sécurité de l'information qu'ils partagent. Le Ministère a donc pris les dispositions nécessaires pour que tous les partenaires engagés dans le plan d'informatisation du réseau adoptent une politique de sécurité, forment leur personnel à cet effet, mettent d'avant des mesures jugées prioritaires, évaluent et catégorisent les actifs dont ils disposent et, finalement, élaborent un plan directeur de sécurité. La réalisation de ces éléments est une condition préalable à leur adhésion au DSQ.

Le plan d'informatisation du réseau est devenu, au cours de l'année qui vient de s'écouler, un levier essentiel du renforcement de la qualité et de l'accessibilité des soins et des services. La livraison d'actifs informationnels répondant véritablement aux besoins des professionnels et le consentement des usagers à bénéficier de ce service constituent les éléments clés qui vont favoriser le changement attendu.

Un autre apport important au cours de cette période a été le développement du Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

Les ressources informationnelles du Ministère

En ce qui a trait à l'infrastructure technologique ministérielle, l'année 2006-2007 a donné lieu principalement aux réalisations suivantes :

- Le développement, l'amélioration et l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont ceux portant sur :
 - l'accès aux services ;
 - le registre des autochtones ;
 - le mécanisme de dépannage de médecins en région ;
 - le registre des résidences privées pour personnes âgées ;
 - les interventions sur le tabac ;
 - la pandémie d'influenza ;
 - le relevé des urgences ;
 - le référentiel des organisations dispensatrices de services.
- Le rehaussement de versions logicielles :
 - le passage de Windows 2000 à Windows XP ;
 - le passage à la version 6.5.5 du collecticiel Lotus Notes ;
 - l'implantation de la solution nationale retenue pour les antivirus.
- L'entretien et le maintien du parc technologique, incluant plus de 1 000 postes de travail, 100 serveurs et 250 imprimantes, ainsi que divers liens de télécommunications reliant les sites ministériels au Réseau de télécommunications sociosanitaire et aux Services gouvernementaux. Le remplacement de plus de 750 ordinateurs désuets sans garantie.

L'application de certaines politiques gouvernementales

6.1. L'accès à l'égalité en emploi et la représentation féminine

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

Par son programme d'accès à l'égalité en emploi, le gouvernement vise l'atteinte d'un taux d'embauche annuel de 25 % des membres des communautés culturelles, des anglophones, des autochtones et des personnes handicapées, pour hausser la représentation de ces groupes dans la fonction publique.

Au cours de l'année 2006-2007, le Ministère a procédé au recrutement de sept personnes membres de ces groupes cibles pour des postes réguliers, ce qui représente 25 % du nombre total d'employés réguliers embauchés. Tous les statuts d'emploi confondus, le Ministère a recruté 32 membres de groupes cibles, ce qui représente 16 % de toutes les personnes embauchées.

Taux d'embauche de membres de groupes cibles par statut d'emploi, 2006-2007

Statut d'emploi	Embauche totale 2006-2007	Embauche de membres de groupes cibles 2006-2007					Taux d'embauche par statut d'emploi ¹
		Communautés culturelles	Anglophones	Autochtones	Personnes handicapées	Total	
Réguliers	28	3	0	2	2	7	25 %
Occasionnels	92	8	0	1	1	10	11 %
Étudiants	58	12	0	2	0	14	24 %
Stagiaires	18	1	0	0	0	1	6 %
Total	196	24	0	5	3	32	16 %

1. Le taux d'embauche par statut d'emploi est calculé selon le nombre total de personnes issues du groupe visé dans un statut donné par rapport à l'embauche totale 2006-2007 dans le statut d'emploi.

Évolution du taux d'embauche global des membres de groupes cibles par statut d'emploi, de 2004-2005 à 2006-2007

Exercice	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires
2004-2005 ¹	9 %	8 %	31 %	33 %
2005-2006	0 %	3 %	33 %	38 %
2006-2007	25 %	11 %	24 %	6 %

1. Le taux d'embauche global des groupes cibles pour l'année 2004-2005 exclut les personnes handicapées, puisque ces dernières n'étaient pas visées par l'objectif du 25 % d'embauche durant cette année.

Au plan de la représentativité, en 2006-2007, le Ministère a atteint la cible ministérielle de 2 % fixée par le gouvernement pour les personnes handicapées au sein de l'effectif régulier. En dépit des efforts déployés, le taux de représentativité des membres des communautés culturelles par rapport à l'ensemble de l'effectif régulier est de 3 % alors que la cible gouvernementale est de 9 %. Cette situation s'explique par le fait que plus de 90 % des effectifs ministériels sont à Québec et que la disponibilité des membres des communautés culturelles pour un emploi régulier à Québec est de beaucoup inférieure à celle des personnes habitant la région de Montréal.

Évolution du taux de représentativité des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, au 31 mars 2005, 2006 et 2007

Groupes cibles	2005		2006		2007	
	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total
Communautés culturelles	20	2 %	17	2 %	23	3 %
Autochtones	1	0 %	1	0 %	3	0 %
Anglophones	5	1 %	2	0 %	3	0 %
Personnes handicapées	11	1 %	9	1 %	12	2 %

La représentation féminine

En 2006-2007, 55 % du personnel recruté par le Ministère était de sexe féminin. Au 31 mars 2007, les femmes représentaient 59 % de l'ensemble des effectifs réguliers du Ministère et 41 % du personnel d'encadrement.

Taux d'embauche des femmes, 2006-2007

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires	Total
Nombre de femmes embauchées	17	50	35	6	108
Pourcentage par rapport au nombre total d'embauches en 2006-2007	61 %	54 %	60 %	33 %	55 %

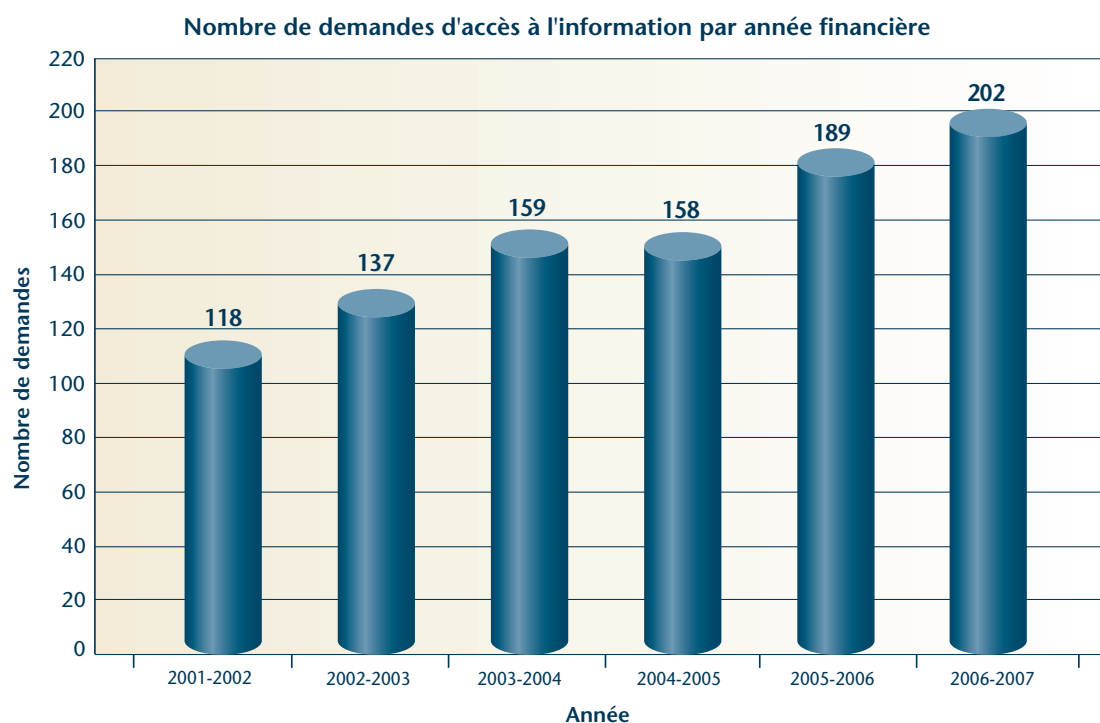
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2007¹

	Personnel d'encadrement	Personnel professionnel ¹	Personnel technicien	Personnel de bureau	Personnel ouvrier	Total
Nombre de femmes en place	29	206	51	137	0	423
Taux de représentativité des femmes	41 %	50 %	61 %	96 %	-	59 %

1. Ces données comprennent les effectifs du Conseil du médicament, du Commissaire à la santé et au bien-être et de l'Agence d'évaluation des technologies et des moyens d'intervention en santé.

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

Au cours de l'année 2006-2007, le Ministère a reçu 202 demandes formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, ci-après appelée la Loi sur l'accès. Des 202 demandes, 136 visaient l'obtention de documents administratifs (67 %) ; les 66 autres portaient sur l'accès à des renseignements personnels (33 %). Il s'agit d'une augmentation de 7 % du nombre de demandes par rapport à l'exercice précédent.



Parmi les demandes pour 2006-2007, 59 % ont fait l'objet d'un accès total ou partiel, 8 % ont fait l'objet d'un refus de communication et 33 % concernaient des documents non détenus par le Ministère ou relevant de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de vingt jours et moins dans 89 % des cas, et trois recours en révision des décisions rendues ont été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information.

**Nombre de demandes répondues par le Ministère selon le type de demande,
2005-2006 et 2006-2007**

Type de demande	2005-2006	2006-2007
Renseignements généraux et avis sur la Loi sur l'accès	269	323
Registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès)	965	982
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique	51	39

En lien avec le *Plan d'action gouvernemental pour la protection des renseignements personnels*, une session de formation a été organisée pour les employés de la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire afin qu'ils puissent parfaire leur connaissance de la Loi sur l'accès. Une présentation des principes généraux de cette loi a aussi eu lieu lors de la journée d'accueil des nouveaux employés.

Le Ministère a poursuivi ses travaux de révision de l'inventaire des fichiers de renseignements personnels en procédant à l'inventaire de huit fichiers de renseignements personnels de concert avec les pilotes responsables des fichiers.

Le dossier de la protection des renseignements personnels demeurera une priorité en 2007-2008 avec la poursuite des travaux de révision de l'inventaire des fichiers de renseignements personnels. La formation et la sensibilisation du personnel feront aussi partie des priorités d'action.

6.3. La politique linguistique

La Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française a été adoptée par le Ministère en novembre 1999, et ce, à la suite de la diffusion de la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration. En 2006-2007, les communications verbales et écrites faites par le personnel du Ministère, dans l'exercice de ses fonctions, l'ont été dans le respect de la politique linguistique ministérielle. Au printemps 2007, le Comité permanent sur le suivi de la Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française a été remis sur pied et il compte désormais huit membres. Ce comité prévoit notamment mettre à jour la politique linguistique.

6.4. Le développement durable

Depuis septembre 2006, le Ministère compte une ressource entièrement dédiée à l'intégration des principes du développement durable au sein de l'organisation. Depuis, des actions concrètes ont été posées, telles que l'implantation du programme de récupération des matières résiduelles *Visez juste!* et l'adhésion au projet pilote de compostage de la Ville de Québec, sans oublier la sensibilisation constante des employés aux enjeux environnementaux.

Il est également important de rappeler que le 26 février 2007, la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux a donné son aval à une stratégie de mise en conformité avec la Loi sur le développement durable. Cette stratégie prévoit la mise sur pied d'un comité responsable de produire le premier plan de développement durable du Ministère.

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

Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) sont composés d'un centre hospitalier universitaire (CHU), de centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU), d'instituts universitaires (IU) de même que de l'université à laquelle ces établissements sont affiliés. D'autres établissements de santé peuvent y être ajoutés à la discrétion de chaque RUIS.

Le mandat des RUIS consiste à formuler des propositions au ministre ou à toute agence visée notamment sur l'organisation des services spécialisés et surspécialisés, le déploiement de programmes de formation de la main-d'œuvre médicale, la répartition des effectifs médicaux, les corridors de services à établir avec les autres composantes du réseau ainsi que le développement des technologies et de la recherche.

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

Au cours de l'année 2006-2007, la TCN s'est réunie à quatre reprises, en plus de tenir une journée d'étude. Les sujets majeurs qui ont fait l'objet de discussions ont été les suivants :

- Le mécanisme de gestion d'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés, faisant suite à l'adoption du projet de loi n° 33. Les RUIS ont travaillé pendant l'année 2006-2007 à développer ce dossier dans le cadre proposé par la TCN.
- L'offre de services spécialisés et surspécialisés des centres hospitaliers des RUIS. La TCN a convenu de la nécessité d'établir, dans chaque RUIS, les corridors de services entre ces centres hospitaliers et les centres de santé et de services sociaux. Ces travaux sont actuellement en cours dans les RUIS.
- La répartition des effectifs médicaux et la nécessité de tenir compte des tâches d'enseignement dans la confection des plans d'effectifs médicaux universitaires.
- La formation médicale en région, particulièrement en médecine familiale. La TCN a appuyé le plan de développement des unités de médecine familiale tel qu'il a été déposé au Ministère.
- La complémentarité intra-RUIS. La TCN a endossé l'orientation ministérielle favorisant, le plus possible, la complémentarité interétablissements à l'intérieur d'un même RUIS.
- La rémunération compensatoire des médecins spécialistes pour des tâches académiques réalisées en milieu hospitalier. Les orientations ministérielles ont été déposées à la TCN à l'automne 2006 et approuvées par celle-ci. Ce dossier fait actuellement l'objet de négociations entre le gouvernement et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

De plus, au cours de l'année 2006-2007, la TCN a mis sur pied trois nouvelles tables sectorielles :

- la Table sectorielle en cardiologie tertiaire ;
- la Table sectorielle en génétique ;
- la Table sectorielle en soins infirmiers.

Les tables sectorielles en cardiologie tertiaire et en génétique ont comme mandat principal d'assurer, dans leurs secteurs respectifs, la quadruple mission des RUIS (soins, enseignement, recherche, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé). Plus spécifiquement, elles ont comme mandat de proposer une organisation des services qui favorisera la complémentarité interétablissements.

Ces tables s'ajoutent aux tables déjà existantes, dont la Table sectorielle mère-enfant et la Table sectorielle en oncologie. La Table sectorielle mère-enfant, qui avait suspendu ses travaux en 2005, a repris ses activités à l'automne 2006. Elle a comme mandat de préparer un plan d'organisation des services tertiaires et quaternaires en pédiatrie pour le Québec. La Table sectorielle en oncologie a aussi poursuivi ses travaux en vue de proposer une organisation des services en oncologie qui soit hiérarchisée et complémentaire à l'intérieur de chaque RUIS ainsi qu'entre les RUIS.

La TCN a aussi approuvé la procédure encadrant la demande de désignation universitaire d'un établissement du réseau. Elle a par ailleurs approuvé la candidature du Centre hospitalier Robert-Giffard et de l'Hôpital Douglas pour obtenir, par désignation ministérielle, le statut d'institut universitaire en santé mentale. Le ministre a procédé à ces désignations officielles en juin 2006. Finalement, la TCN a mandaté le RUIS de l'Université McGill afin qu'il poursuive les travaux concernant la désignation universitaire de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis.

6.6. Le suivi des recommandations du rapport du Vérificateur général du Québec

Le suivi des actions entreprises par le Ministère pour répondre aux recommandations du Vérificateur général est coordonné par le vérificateur interne, de concert avec les secteurs d'activité visés. Les membres du Comité ministériel de vérification sont informés de l'évolution des travaux effectués pour répondre à ces recommandations.

Le Ministère témoigne des progrès accomplis au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans les rapports du Vérificateur général qui ont été déposés depuis l'année 2001-2002.

Les services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie, Tome I, 2001-2002

Le Plan d'action 2005-2010 sur les services offerts aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité, rendu public en novembre 2005, répond à plusieurs préoccupations du Vérificateur général. La mise en œuvre de ce plan d'action s'est poursuivie au cours de 2006-2007.

Le Ministère a procédé à des visites d'appréciation de la qualité dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que dans les autres ressources non institutionnelles, telles que les ressources intermédiaires. Il s'assure que des plans d'amélioration de la qualité sont soumis par les établissements et que les agences en assurent le suivi (voir la partie 3.2.6 pour des informations complémentaires sur les visites d'appréciation).

Le plan de mise en œuvre de l'approche « Milieu de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée » s'est traduit, notamment, par une formation sur l'utilisation restreinte et contrôlée des mesures de contention et par la formation des gestionnaires locaux sur l'application des principes portant sur l'organisation des services et du travail. Cette dernière formation a été donnée, à compter de mai 2006, dans toutes les régions sauf une et un suivi ministériel a été réalisé.

La mise en place d'un plan d'intervention immobilière en CHSLD est en cours. En février 2007, un programme d'investissement d'un montant de plus de 450 millions de dollars a été mis en œuvre afin de permettre la réalisation de divers projets de rénovations fonctionnelles majeurs et mineurs dans différentes régions du Québec et de permettre l'offre de nouveaux lits dans certaines régions spécifiques. Certains projets concernent notamment l'élimination des chambres de plus de deux lits, la mise à niveau pour l'implantation de l'approche « Milieu de vie » et la relocalisation des personnes actuellement hébergées dans des centres hospitaliers offrant des soins spécialisés et surspécialisés.

Le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées est entré en vigueur en février 2007. Le Conseil québécois d'agrément est l'organisme qui a été retenu pour le processus de certification qui débutera au début de l'année 2007-2008.

Enfin, les projets novateurs pour la création de logements alternatifs dans la communauté, autorisés au cours des années antérieures, sont en voie de réalisation. Ainsi, 26 des 31 projets prévus dans dix-sept régions sont démarrés. La tournée des projets, au printemps 2006, a permis de constater leur diversité et leur qualité à plusieurs égards de même que de constater l'implication et la volonté des différents partenaires d'expérimenter de nouvelles voies et de mener à terme des projets permettant de mieux répondre aux besoins des différentes clientèles vulnérables.

La gestion de la durée moyenne des séjours hospitaliers et de la pertinence des hospitalisations, Tome II, 2001-2002

Tel que prévu en 2005-2006, le Ministère a mis sur pied un groupe de travail en collaboration avec l'Association d'orthopédie du Québec. Ce groupe de travail a pour mandat de définir des standards et des normes de pratique afin de favoriser une diminution de la durée moyenne des séjours hospitaliers et un retour précoce à domicile pour une grande majorité des cas, et ce, par le développement et le recours au suivi systématique de la clientèle basé sur les meilleures pratiques cliniques. Les travaux de ce groupe de travail ont été suspendus dans la foulée des moyens de pression mis en place par la Fédération des médecins spécialistes du Québec à l'été 2006. Les travaux devraient reprendre en septembre 2007.

La gouvernance des ressources informationnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux, Tome II, 2001-2002

L'approbation par le Conseil des ministres, en mars 2006, d'un mémoire sur la mise en œuvre du plan d'informatisation du réseau a marqué un point tournant dans l'organisation ministérielle des ressources informatiques. La formation d'une équipe de projet distincte pour assurer la livraison du Dossier de santé du Québec (DSQ) et la création du poste de sous-ministre associé à l'Inforoute de la santé du Québec démontrent l'importance accordée par le Ministère à ce projet d'envergure. Deux comités, l'un constitué des principaux partenaires du projet, l'autre d'experts-conseils au niveau clinique, ont été créés pour appuyer la gouvernance du projet. La planification d'ensemble requise pour la gestion de ce projet d'envergure est décrite dans un plan d'affaires qui a été adopté par le Comité de gestion du réseau, en février 2007. Les agences de la santé et des services sociaux ont également été conviées à exprimer leur engagement comme partenaires dans la réalisation du DSQ.

Parallèlement à la gestion du projet du DSQ, l'intégration de la Direction des ressources informatiques au sein de la Direction générale de la coordination, du financement, de l'équipement et des ressources informationnelles place la problématique de l'informatisation du système de santé et de services sociaux du Québec dans une perspective plus globale où l'information devient une composante essentielle de la prestation de services. Les mesures

prises pour assurer la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité de l'information font partie des enjeux liés à l'organisation des services. La gestion des actifs informationnels s'inscrit maintenant non seulement en terme de développement de systèmes d'information, mais également sous l'angle du maintien et de l'évolution d'actifs essentiels. Des efforts ont donc été faits, d'une part, pour stimuler la mise en œuvre, par le Ministère, les agences et les établissements, de mesures de sécurité jugées prioritaires et, d'autre part, pour améliorer à court et à moyen termes l'offre de service en télécommunications.

Des mesures sont également prises pour assurer la coordination des nombreux intervenants impliqués dans l'informatisation du secteur. L'adoption d'une convention de performance liant Sogique, le Ministère et les agences établit un partage des rôles et responsabilités dans la gestion opérationnelle des actifs informationnels. La contribution de nombreux comités et tables de travail s'est également poursuivie.

L'intégration des ressources informationnelles dans les processus de travail est l'un des leviers d'amélioration de la qualité et de la continuité des services. Les travaux en cours donnent les signes prometteurs d'un projet d'ensemble qui allie vision et décision pour produire des réalisations qui soutiennent efficacement les réseaux de services. Le DSQ, issu du plan d'informatisation, place maintenant les questions de gestion du changement et de gestion des risques au cœur des enjeux stratégiques liés à l'adoption des nouvelles technologies, puisque son implantation s'appuiera obligatoirement sur l'adhésion des professionnels et le consentement de citoyens.

Les services de santé mentale, Tome II, 2002-2003

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens a été lancé en juin 2005. Il vise principalement à développer une première ligne forte en santé mentale. Pour ce faire, il impose des mesures pour les enfants, les jeunes et les adultes ayant des troubles mentaux modérés et graves. De plus, des priorités ont été établies pour les personnes présentant un risque suicidaire élevé. Finalement, des liens ont été faits avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*, afin que tous les volets des services de santé mentale, allant de la prévention au traitement spécialisé, soient intégrés et cohérents.

En 2006-2007, on observe que les équipes de première ligne sont en implantation à travers le Québec. On peut noter également une réduction encourageante du taux de suicide. Enfin, tel qu'il est prévu dans le plan d'action en santé mentale, le Ministère a mis sur pied les Journées bisannuelles de santé mentale, qui convient deux fois l'an les acteurs œuvrant en santé mentale.

Relativement à la sectorisation des services, une correspondance a été expédiée de la part du sous-ministre à tous les présidents-directeurs généraux des agences de la santé et des services sociaux, afin de leur rappeler que la sectorisation n'avait plus raison d'être. À l'exception de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, toutes les agences ont confirmé qu'aucune sectorisation n'avait cours dans les établissements de leur territoire ; le Ministère continuera de suivre l'évolution de la situation. À cet effet, l'Agence de Montréal a expédié une lettre à tous les directeurs généraux des établissements de sa région. Le texte rédigé de concert avec Action-Autonomie, le collectif de défense des droits, réitère l'obligation pour tout établissement de desservir les usagers sans égard à leur lieu de résidence, en spécifiant de plus que l'accès au dossier ne pourra être une condition préalable à une prise de rendez-vous et qu'aucun refus de service ne pourra être justifié par la seule analyse du dossier.

Grâce aux mesures mises de l'avant depuis quelques années, la qualité et l'accessibilité des services en santé mentale se sont améliorées dans la province. Le Ministère continuera à offrir un leadership dynamique pour que les services offerts aux personnes souffrant de maladie mentale évoluent en fonction des besoins de la population.

La gestion des répercussions sociales et économiques liées aux jeux de hasard et d'argent, Tome II, 2002-2003

En 2006-2007, le Ministère a poursuivi les actions prévues au *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. Des mesures ont été mises de l'avant au regard de la prévention et du traitement des joueurs pathologiques dans chacune des régions du Québec. Entre autres, le Ministère a initié l'élaboration d'une formation de première ligne à l'intention des intervenants psychosociaux des centres de santé et de services sociaux, afin de leur fournir des outils qui faciliteront la détection des personnes ayant des problèmes de jeu excessif et leur accès aux ressources d'aide.

Parmi les autres réalisations à souligner, il faut mentionner :

- en janvier et février 2007, la diffusion de campagnes nationales de publicité ciblant les jeunes et les adultes afin de les informer sur les problèmes inhérents au jeu excessif et sur les services offerts pour soutenir les joueurs en difficulté et leurs proches ;
- en décembre 2006 et janvier 2007, la mise en œuvre d'activités de formation et de sensibilisation ciblées auprès des communautés autochtones, en étroite collaboration avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador ;
- la mise en place d'une équipe d'experts en prévention du jeu pathologique à l'Institut national de santé publique du Québec ;
- la production d'un cadre de référence en prévention du jeu pathologique. Ce cadre permettra, notamment, de définir et de mettre en œuvre les pratiques de prévention jugées optimales.

Par ailleurs, dans le cadre du Programme thématique portant sur les impacts socio-économiques des jeux de hasard et d'argent, des recherches ont été financées en 2006-2007 :

- *Les précurseurs et les corrélats des trajectoires de jeu au début de l'adolescence : un modèle développemental intégré*, Université de Montréal ;
- *Jeu et criminalité : une étude auprès des personnes détenues dans les prisons et les pénitenciers du Québec*, Université de Montréal ;
- *Les trajectoires d'adolescents joueurs adeptes du jeu par Internet en lien avec la consommation de substances psychoactives et la délinquance*, Université du Québec à Trois-Rivières ;
- *Le rôle du poker en ligne dans les trajectoires de jeu de hasard et d'argent*, Université de Sherbrooke.

Enfin, un appel de propositions portant sur l'évaluation des impacts de la ligne téléphonique *Jeu : aide et référence* a été lancé en novembre 2006.

La gestion des services sociaux aux jeunes, Tome I, 2003-2004

En 2006-2007, le Ministère a poursuivi ses efforts relativement aux services aux jeunes. Ainsi, un montant de neuf millions de dollars a été alloué pour la consolidation des services de première ligne pour les enfants dont le signalement n'est pas retenu par le directeur de la protection de la jeunesse ainsi que pour intensifier les services de deuxième ligne pour les jeunes pris en charge en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et pour leur famille.

Le 15 juin 2006, l'Assemblée nationale a sanctionné le projet de loi n° 125, Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives. Comme il a été mentionné dans le rapport annuel de gestion du Ministère pour l'année 2005-2006, certaines des modifications permettront de répondre aux recommandations du Vérificateur général.

Afin d'assurer une implantation harmonieuse et réussie de la nouvelle loi, le Ministère a mis en place un comité d'implantation dont le mandat est de planifier, coordonner et suivre les différentes activités qui seront réalisées. De plus, deux sous-comités de travail portant sur la révision du manuel de référence sur la protection de la jeunesse et sur l'évaluation des nouvelles dispositions législatives ont été formés. Un des mandats du sous-comité sur l'évaluation consiste à déterminer des indicateurs permettant, notamment, le monitoring des objectifs poursuivis par les nouvelles dispositions législatives, répondant ainsi à une autre préoccupation du Vérificateur général.

Le Ministère a également procédé à l'élaboration de quatre nouveaux projets de règlement en lien avec les modifications législatives. Finalement, un programme de formation a été élaboré dans le cadre de l'implantation de la Loi. Plus de 16 000 intervenants et gestionnaires participent aux activités de formation et de sensibilisation qui ont débuté en mars 2007 et se dérouleront jusqu'en décembre 2007.

Par ailleurs, le Ministère a finalisé, au cours de l'année, l'*Offre de service – Jeunes en difficulté*, qui permettra de répondre à plusieurs recommandations du Vérificateur général. Cette offre de service définit tous les services devant être dispensés par chacun des centres de santé et de services sociaux et des centres jeunesse, les objectifs poursuivis et la clientèle visée. Elle contient également des normes d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience qui viendront orienter la pratique. Le Ministère prévoit diffuser ce document au cours de l'année 2007-2008.

Les laboratoires de biologie médicale, Tome I, 2003-2004

En matière d'organisation des services, seize régions ont déposé un plan d'organisation territoriale des services des laboratoires de biologie médicale respectant les orientations ministérielles diffusées en juin 2005. Avec l'aval du Ministère, deux régions ont mis en place des structures régionales de consultation et poursuivent leurs travaux. Le Ministère a effectué des suivis auprès des agences en ce qui concerne les services de cytologie gynécologique et au regard de certains volumes d'activités. L'organisation de services est également prise en compte lors de l'analyse des demandes d'équipements soumises au Ministère. Afin d'assurer le respect des corridors de services intra et interrégionaux, le Ministère a abordé la question des ventes de services et a mis en place un comité sur la facturation des services de biologie médicale dans le but d'en réviser les règles spécifiques. De plus, afin de faciliter la production et la diffusion des données dans les délais prescrits, le Ministère a procédé à l'analyse du système d'information Compilab et à la mise en place d'une solution mieux adaptée aux besoins.

En matière de qualité, le Ministère a produit trois listes d'exigences ministérielles en matière de qualité et compétence permettant de répondre à de nombreuses recommandations du Vérificateur général. Ces exigences sont basées sur la norme CAN/CSA 15189 (Laboratoires d'analyses de biologie médicale – exigences concernant la qualité et la compétence), la norme CAN/CSA Z902 (sang et composants sanguins labiles) et sur les normes concernant les prélèvements biologiques, les services de cytologie et les analyses hors laboratoire. Tous les aspects liés aux activités d'un laboratoire sont couverts par les exigences ministérielles, notamment les phases préanalytiques, analytiques et postanalytiques, la gestion des ressources internes et des contrats, la gestion du système de qualité, la pertinence et l'obligation de procéder à des contrôles externes de qualité. De plus, trois rencontres ont eu lieu avec l'Institut national de santé publique du Québec dans le but de préciser le rôle du Laboratoire de santé publique du Québec en matière de contrôle de qualité.

L'informatisation interne des laboratoires est maintenant finalisée, facilitant ainsi l'obtention des délais de temps de réponse des analyses. Par ailleurs, le Ministère s'est associé à Inforoute Santé Canada pour le projet domaine Laboratoire, projet qui consiste à mettre en œuvre des solutions permettant aux cliniciens de visualiser, pratiquement en temps réel, les résultats biomédicaux provenant de tous les laboratoires du Québec. Le Ministère a également élargi la portée de ce projet pour y ajouter la requête électronique afin d'initier et de suivre les ordonnances.

Les travaux de révision de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres, entrepris en 2005, se sont poursuivis au cours de l'année. Au regard de la biologie médicale, les services de prélèvements et les services d'analyses de biologie délocalisés, actuellement absents du cadre légal, seront intégrés afin de répondre adéquatement aux exigences ministérielles en matière de qualité et de compétence.

Le Régime général d'assurance médicaments, Tome II, 2003-2004

La publication de *La politique du médicament*, le 1^{er} février 2007, permet de répondre à une des principales recommandations du Vérificateur général. Cette politique s'articule autour de quatre axes, soit l'accès aux médicaments, l'établissement d'un prix juste et raisonnable pour les médicaments, l'usage optimal des médicaments et le maintien d'une industrie biopharmaceutique dynamique au Québec. Un échéancier de trois ans est prévu pour la mise en œuvre de la Politique du médicament.

La Politique du médicament répond à plusieurs autres recommandations du Vérificateur général. Ainsi, le processus administratif lié à la confection et à la gestion de la Liste de médicaments a été assoupli ; les baisses de prix des médicaments pourront être introduites plus rapidement. En ce qui a trait à de nouvelles voies de contrôle des coûts, des ententes de contribution avec les fabricants pour réduire l'impact des hausses de prix sur le régime public et ses assurés pourront être signées. Il sera également possible de convenir d'ententes de partage de risques financiers, dans certaines situations. Un nouvel encadrement du prix des médicaments génériques sera mis en place et la marge bénéficiaire maximale des grossistes de médicaments sera ramenée à 7 %. La Politique du médicament prévoit, en outre, que le Conseil du médicament élaborera un plan d'action, accompagné d'un échéancier, pour les mesures concrètes qu'il entend privilégier quant aux moyens à mettre en place pour favoriser l'usage optimal des médicaments. Enfin, l'an trois de la campagne sur le bon usage des médicaments s'est concrétisé, sous différentes formes, en mars 2007.

En vigueur depuis le 1^{er} avril 2007, la nouvelle entente intervenue entre le ministre et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires a permis de prendre en compte la préoccupation du Vérificateur général concernant la lettre d'entente n° 2 convenue en février 1995. Cette dernière étant dorénavant abrogée, la lettre d'entente n° 1 précise le mécanisme convenu pour suivre l'évolution des coûts des services couverts par l'entente incluant l'évolution des services du pilulier.

La compensation au Fonds de l'assurance médicaments pour l'application de la règle de quinze ans a été revue. Estimée au départ pour les seuls adhérents, elle sera dorénavant estimée pour l'ensemble des clientèles du régime public. De 10 millions de dollars en 2005-2006, elle a été haussée à 30 millions de dollars en 2006-2007. La Régie de l'assurance maladie du Québec et le Ministère ont convenu de revoir le montant de la compensation périodiquement.

La vérification interne au gouvernement du Québec, Tome I, 2004-2005

En lien avec les recommandations du Vérificateur général du Québec, et pour se conformer aux nouvelles normes de l'Institut des vérificateurs internes selon lesquelles des évaluations externes d'assurance qualité doivent être réalisées au moins tous les cinq ans, la Direction de la vérification interne du Ministère a choisi de confier cette évaluation externe à une firme privée qualifiée et indépendante, cette approche étant conforme aux meilleures pratiques dans le domaine.

L'évaluation externe d'assurance qualité complétée a non seulement permis d'évaluer la conformité de la pratique de vérification interne avec les normes internationales, mais elle a aussi permis de constater la valeur ajoutée de la fonction et les solides assises sur lesquelles elle était établie. Des opportunités d'amélioration ont été définies et des recommandations ont été proposées au Comité ministériel de vérification pour orienter le développement de la fonction vers un processus qui interpelle également le réseau.

L'exercice a donné naissance à un plan d'action qui permettra au Comité ministériel de vérification d'effectuer le suivi de la mise en œuvre.

Le service d'imagerie médicale, Tome I, 2004-2005

La phase III du plan de déploiement de la tomographie par émission de positrons (TÉP) a été annoncée en décembre 2006 et cinq sites ont été retenus, soit les centres de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, de Chicoutimi et de Gatineau ainsi que l'Hôpital Laval et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. Les appareils seront acquis et installés au cours des prochains mois. L'acquisition des appareils se fera par des achats regroupés pilotés par le Service des activités de soutien et du partenariat du Ministère. De plus, un groupe de travail, en fonction depuis février 2007, a pour mandat d'assurer le suivi des indications cliniques de la TÉP et de proposer des critères afin d'aider à déterminer les patients prioritaires.

En 2006, le Québec comptait 46 appareils de résonance magnétique en production dans le réseau public de santé. Par ailleurs, sept centres hospitaliers ont reçu l'autorisation d'implanter un service. Le Québec comptera donc sous peu 53 appareils. Le nombre d'examen de résonance magnétique réalisés était de 143 272 en 2005-2006 et de 160 284 en 2006-2007, ce qui représente une augmentation de production de 12 %. Au cours de la période couvrant les sept dernières années, l'augmentation annuelle moyenne a été de 18 %.

Le continuum de services en traumatologie, Tome II, 2004-2005

Depuis la recommandation émise par le Vérificateur général du Québec, plusieurs travaux ont été amorcés. Dans un premier temps, certains objectifs fixés au réseau, notamment l'obligation pour chaque région d'élaborer et de mettre en place un plan directeur régional en traumatologie (2005-2008), ont fait l'objet d'un suivi de la part du Ministère. La majorité des régions ont déposé leur plan directeur régional et ont reçu un rapport des groupes-conseils en traumatologie faisant état des commentaires et recommandations s'y rapportant.

Un portail Internet gouvernemental avec un premier volet à caractère informatif destiné au grand public a déjà vu le jour. Par ailleurs, un deuxième volet à portée évaluative est actuellement en voie d'élaboration. À l'heure actuelle, quelques centres de traumatologie ont mis en ligne leur programme de traumatologie et leur procédure, répondant ainsi à une attente signifiée du Ministère.

De plus, dans le contexte du portail Internet, un projet de recherche permettant de déterminer, de façon précise, des facteurs contribuant à l'amélioration de l'efficacité des services dans le continuum a été accepté et reçoit un financement de la Fondation canadienne de la

recherche sur les services de santé dans le cadre du programme Recherche, échange et impact pour le système de santé. Ce programme comporte une série de projets spécifiques de recherche, visant à évaluer trois domaines de la performance du réseau de la traumatologie, soit les structures de soins, les processus et les résultats de santé, ainsi qu'à établir les liens existants entre ces trois domaines. Il sera par la suite possible d'évaluer l'impact de la performance structurelle ainsi que celle relative aux processus utilisés par les établissements en relation avec la mortalité, la morbidité et le degré d'indépendance fonctionnelle des personnes qui y sont traitées.

Une autre démarche consistant à élaborer des indicateurs de résultats probants dans un contexte de l'évaluation de la performance pour les services de réadaptation a été acceptée et financée par une bourse de formation des Instituts de recherche en santé du Canada. Ce projet de recherche s'intitule *Proposition d'une hiérarchisation des dimensions du concept de performance en fonction de leur pertinence dans l'évaluation des consortiums d'établissements offrant des services de réadaptation aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral*. Les résultats issus de ce projet serviront à préciser les cibles de performance et à mesurer leur niveau d'atteinte subséquent par le biais d'une matrice d'évaluation redéfinie en conséquence.

Le Registre des traumatismes du Québec (RTQ) est implanté dans tous les centres de traumatologie (59 établissements). Il sert de système d'information de gestion, d'outil d'appréciation de la qualité des services offerts ainsi que de soutien à la recherche. Le contenu même du registre a fait l'objet d'une refonte au cours des derniers mois, afin qu'il soit adapté aux nouvelles réalités de la traumatologie, au passage de la CIM-9 à la CIM-10-CA/CII, ainsi qu'aux avancées technologiques considérables enregistrées depuis 1995. Pour ce qui est des données relatives aux services de réadaptation, des discussions ont été entreprises avec des représentants de ce secteur d'activité dans le but de définir le contenu d'un registre de base. La conception de ce registre et son arrimage au RTQ seront facilités par la solution Web adoptée pour ce dernier.

Au début de l'automne 2006, le Ministère a entrepris le deuxième cycle d'évaluation des consortiums d'établissements offrant des services aux traumatisés craniocérébraux modérés ou graves, en vue de leur consolidation. Des cibles de performance ont été signifiées à ces consortiums. On remarque des gains majeurs qui se traduisent par une réduction importante tant des délais de transfert que des délais de prise en charge. Les délais de transfert sont passés de plusieurs semaines dans certains cas à un délai zéro, résultat visé par tous ces consortiums de services. La moitié des consortiums ont été évalués à ce jour.

Les services préhospitaliers d'urgence au Québec, Tome II, 2004-2005

Le rehaussement de la formation des techniciens ambulanciers

Le démarrage, en septembre 2006, d'une formation collégiale en techniques ambulancières au Cégep de Sainte-Foy et au Collège Ahuntsic consolide le principe de professionnalisation progressive des techniciens ambulanciers préconisé par le Ministère. Parallèlement, l'introduction graduelle de nouveaux protocoles cliniques primaires et avancés se poursuit par le biais des travaux d'un comité de travail interdisciplinaire des soins requis au sein des services préhospitaliers d'urgence. Cinq nouveaux protocoles cliniques de soins primaires ont été élaborés et huit protocoles de soins avancés seront terminés pour le mois de juin 2007.

Les premiers répondants

L'entente de principe élaborée avec la Ville de Montréal pour implanter un service de premiers répondants assuré par les pompiers du Service de sécurité incendie de Montréal a été acceptée par l'ensemble des partenaires, incluant le conseil de l'agglomération de

Montréal. Un comité de gestion a déjà amorcé des travaux pour voir à l'implantation harmonieuse de ce nouveau service et la Corporation d'urgences-santé a commencé les sessions de formation destinées aux pompiers de la Ville de Montréal. Selon les projections fournies par la Ville, des premiers répondants seraient déployés dans 19 casernes en 2007, dans 18 autres casernes en 2008, et dans 21 autres casernes en 2009.

De plus, deux nouveaux services majeurs (Ville de Lévis, Ville de La Tuque) ont été implantés en 2006-2007. Le Ministère a également proposé des mesures financières d'encouragement pour favoriser l'instauration de tels services dans douze municipalités rurales qui avaient manifesté l'intérêt pour ce faire. De ce nombre, deux ont accepté l'offre de soutien et ont instauré des services (Saint-Philémon et Sainte-Croix). Le Ministère, en collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux, poursuit les efforts pour encourager et soutenir toute municipalité qui manifeste de l'intérêt pour implanter un service de premiers répondants.

La Corporation d'urgences-santé

Au mois d'octobre 2006, le Ministère a conclu une entente de gestion avec la Corporation d'urgences-santé et les agences de la santé et des services sociaux de Montréal et de Laval. Cette entente est en vigueur jusqu'au 31 mars 2008. Elle comporte, entre autres, des cibles de performance afin d'améliorer le temps de réponse des services ambulanciers ainsi que le temps de traitement des appels par le Centre de communication santé de la Corporation. L'entente contient aussi des mesures et des cibles pour diminuer le taux d'absentéisme des techniciens ambulanciers ainsi que les accidents de travail. L'entente prévoit la production de plans d'action élaborés conjointement par la Corporation et les agences signataires pour :

- voir au déploiement des effectifs ambulanciers afin d'assurer une couverture optimale du territoire ;
- réduire le temps passé par les effectifs ambulanciers dans les salles d'urgence ;
- mieux coordonner les transports interétablissements sur l'ensemble du territoire.

Le plan de qualité clinique et l'encadrement médical des techniciens ambulanciers

Afin d'assurer l'encadrement médical des techniciens ambulanciers, la Table des directeurs médicaux des services préhospitaliers d'urgence a terminé l'élaboration d'un plan de qualité clinique qui a été distribué à l'ensemble des agences. Le Ministère a également instauré un projet pilote d'encadrement médical avec télémétrie dans la région de Chaudière-Appalaches.

Les orientations ministérielles relativement aux services préhospitaliers d'urgence

Le Ministère assure une communication des orientations ministérielles relativement aux services préhospitaliers d'urgence à ses partenaires lors des réunions des directeurs médicaux régionaux ainsi que lors des rencontres tenues avec les coordonnateurs des services préhospitaliers d'urgence à l'œuvre dans les agences.

En décembre 2006, le Ministère a mis sur pied un comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois. Ce comité a comme mandat d'identifier les améliorations à apporter au système préhospitalier et de produire des outils pour :

- évaluer la demande et l'offre de service qui est applicable aux différents types de territoires ;
- aider à la prise de décision concernant toute réorganisation des services ambulanciers en tenant compte des particularités des territoires (zones, regroupement de zones) ;

- proposer des modalités pour assurer la qualité des services à la population en effectuant une révision de l'organisation du travail des techniciens ambulanciers, incluant les différents types d'horaire de travail possibles.

Le Ministère poursuit les travaux requis afin d'introduire des normes de temps de réponse comparables et applicables pour l'ensemble des régions du Québec.

La formation de la population en premiers soins et en réanimation

Le Ministère a ciblé la population étudiante du secondaire pour une formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR). À ce chapitre, le Ministère a continué à soutenir la Fondation ACT dans son objectif d'offrir un programme de formation de base en RCR aux élèves intéressés du deuxième cycle du secondaire. En date de janvier 2007, 134 écoles secondaires réparties dans 40 commissions scolaires participaient au programme de RCR de la Fondation.

De plus, depuis l'adoption du Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et des soins préhospitaliers d'urgence en octobre 2006, toute personne ayant suivi la formation requise peut utiliser un défibrillateur externe automatisé lors d'une réanimation cardiorespiratoire.

Les centres de communication santé

En 2006, deux nouveaux centres de communication santé (CCS) ont été mis en place, soit en Estrie et en Abitibi-Témiscamingue. Il reste donc à réaliser l'instauration de deux autres CCS pour desservir les régions de l'Outaouais et de Laurentides-Lanaudière, ce qui est prévu pour 2008. La consolidation des réseaux de télécommunications s'est donc poursuivie telle qu'elle avait été projetée. Une table de gouvernance des CCS a également été mise en place depuis 2005.

La mise sur pied d'un système d'information de gestion des services préhospitaliers d'urgence

La mise en place prévue du système d'information de gestion des services préhospitaliers d'urgence est inscrite au plan triennal d'investissement du Ministère. Ce système permettra d'apprécier la qualité des services préhospitaliers d'urgence en fonction des indicateurs qui seront définis. Des indicateurs de performance porteront à la fois sur les aspects cliniques, opérationnels et de gestion du système préhospitalier.

La reddition de comptes des entreprises ambulancières

Le Ministère aide les agences afin qu'elles puissent s'assurer de l'application des mesures de reddition de comptes prévues à l'entente contractuelle conclue avec les entreprises ambulancières.

La gestion des projets immobiliers, Tome I, 2005-2006

En 2006-2007, selon les recommandations émises par le Vérificateur général du Québec, des actions concrètes ont été posées par le Ministère conformément au plan d'action ministériel visant à améliorer les différents processus de gestion des projets immobiliers au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Ministère a publié une circulaire visant la mise en place d'une démarche préalable à l'élaboration d'un programme fonctionnel et technique (PFT) dans certains projets d'immobilisation du réseau de la santé et des services sociaux. Cette démarche vise à permettre aux établissements et aux agences de s'assurer que ce programme s'élabore et chemine dans le respect des orientations ministérielles répondant aux besoins des populations desservies par les établissements du réseau.

Parallèlement à cette démarche, le Ministère a révisé, en collaboration avec la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ), le guide concernant l'élaboration d'un PFT. La nouvelle méthode d'élaboration des PFT intègre le résultat d'études ayant pour but d'établir de façon plus exhaustive les objectifs de qualité, de coût et d'échéancier visés par la réalisation du projet, conformément aux bonnes pratiques en gestion de projet. Par ailleurs, les PFT soumis au Ministère tout au long de l'exercice 2006-2007 ont fait l'objet d'une analyse de faisabilité par la CHQ. Cette procédure, réalisée depuis plusieurs années, permet au Ministère de savoir si la solution immobilière proposée respecte les normes établies dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Le Ministère s'est également donné un plan ciblé d'offres de service et d'impacts immobiliers au chapitre des personnes âgées en perte d'autonomie pour la période 2005-2010. À la suite d'une vaste opération visant à évaluer la fonctionnalité et la vétusté (technique) de l'ensemble des installations, publiques ou privées conventionnées, qui ont des lits d'hébergement pour des personnes âgées en perte d'autonomie, le Ministère s'est donné un plan d'action et un cadre financier afin d'intervenir sur une bonne partie des problèmes soulevés.

Afin d'établir clairement les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués, le Ministère a entrepris, de concert avec la CHQ, la mise à jour du cadre de gestion concernant la réalisation de projets immobiliers, conformément aux recommandations du Vérificateur général du Québec. Des échanges sont actuellement en cours entre le Ministère et la CHQ pour statuer sur le contenu de ce cadre de gestion. Le plan de travail établi prévoit la diffusion et la mise en œuvre du cadre de gestion au cours du prochain exercice financier.

La gestion des immeubles dans le réseau de la santé et des services sociaux, Tome I, 2005-2006

Afin d'optimiser les ressources, le Ministère est actuellement en processus de dotation d'un système informatisé de gestion des installations et des équipements médicaux spécialisés pour le réseau public de la santé et des services sociaux. Ce nouveau système, appelé Actifs+ Réseau, fait suite à la redéfinition du projet actuellement désigné sous le sigle SIGARSSS, qu'il remplacera.

Le nouveau système Actifs+ Réseau est avant tout dédié aux établissements. Toutefois, il permettra au Ministère et aux agences d'acquérir une connaissance poussée de la composition du parc immobilier du réseau, de son état général ainsi que de sa valeur de remplacement. Le Ministère entend tirer parti de l'ensemble des données qui seront colligées dans ce système afin d'élaborer des indicateurs de gestion qui permettront d'évaluer la progression de l'état général du parc immobilier et la performance des établissements quant à l'efficacité de leurs dépenses d'investissement en maintien d'actifs. À ce sujet, les établissements seront appelés à procéder, selon les règles de l'art, à une évaluation de l'état de vétusté de leurs installations, de manière à déterminer l'ensemble des interventions à prévoir dans un horizon de cinq ans. Ce relevé permettra d'alimenter dans Actifs+ Réseau l'élaboration de leur plan de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI).

Les PCFI seront une fonction intégrée dans le système Actifs+ Réseau, au même titre que le suivi de l'état d'avancement des projets et de la production d'information financière pour la gestion des décaissements.

En outre, dans le cadre des travaux en cours pour la mise en œuvre d'Actifs+ Réseau, un indicateur de gestion a été défini pour mesurer l'évolution du parc immobilier du réseau. Il s'agit d'un indice de vétusté qui permettra d'établir un rapport entre l'évaluation des besoins définis pour une installation et sa valeur de remplacement. Cet indice témoignera de l'importance de la progression de l'amélioration de l'état physique des installations au gré de la réalisation des PCFI au cours des années à venir.

L'ajustement du mode d'allocation budgétaire et la mise en place des PCFI ont également amené la nécessité de modifier le plan comptable du centre d'activités 7800, *Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier/équipement*, afin d'apporter une nette distinction entre les définitions d'entretien et de maintien d'actifs immobiliers. Ces modifications sont en vigueur depuis le 1^{er} avril 2007.

Le plan comptable modifié regroupe pour les propriétés publiques du réseau, dans un même « sous-centre d'activités (toutes missions) », toutes les activités relatives à l'entretien du parc immobilier de même que de l'équipement général et du mobilier. Ce sous-centre d'activités, considéré comme le 7801, permettra de faire plus facilement la somme des dépenses totales réalisées, essentiellement à même le budget de fonctionnement.

Il facilitera de plus le suivi de la cible d'entretien des bâtiments pour les propriétés du réseau, laquelle doit être de l'ordre d'environ 2 % de la valeur de remplacement du parc immobilier d'un établissement. Ce suivi permettra aux agences d'assurer une vigie plus adéquate de l'entretien courant du parc immobilier d'un établissement.

Les programmes d'aides techniques pour les personnes handicapées, Tome II, 2005-2006

À la suite du dépôt du rapport du Vérificateur général du Québec sur les programmes d'aides techniques, le Ministère et trois fiduciaires responsables de l'administration de programmes, soit la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'Institut de réadaptation de Montréal et l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, ont présenté devant la Commission de l'administration publique, en février 2007, un plan d'action intégré et un échéancier de réalisation sur la mise en œuvre des recommandations du Vérificateur général. Ce plan d'action sera mis en application au cours des prochaines années.

Conclusion

Le présent rapport annuel a fait ressortir les principales réalisations du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux pour l'année 2006-2007.

Parmi les réalisations les plus importantes, il faut mentionner la consolidation des services de première ligne offerts, notamment en ce qui concerne les services médicaux et les services de soutien à domicile. L'année 2006-2007 s'est également caractérisée par l'adoption du projet de loi n° 33 pour améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, par la diffusion de *La politique du médicament* ainsi que par la mise en place du Dossier de santé du Québec. D'autres mesures importantes ont été prises pour promouvoir de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, ou encore pour protéger la population contre les infections. L'amélioration des services offerts à des clientèles particulières s'est traduite, entre autres, par la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse et par les visites d'appréciation de la qualité des services offerts en milieux substitués.

Toutes ces réalisations témoignent de la volonté du Ministère de garantir l'accès, la qualité et la sécurité des services et des soins offerts à la population québécoise.

La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux

Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28)

Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29)

Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (L.R.Q., c. A-33.1)

Loi sur les cimetières non catholiques (L.R.Q., c. C-17)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (L.R.Q., c. C-32.1.1)

Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être (L.R.Q., c. C-56.3)

Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59.0001)

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec (L.R.Q., c. C-68.1)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. E-12.0001)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (L.R.Q., c. E-20.1)

Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (2007, c. 1)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (L.R.Q., c. H-1.1)

Loi sur les inhumations et les exhumations (L.R.Q., c. I-11)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., c. I-13.1.1)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres (L.R.Q., c. L-0.2)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. M-1.1)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., c. 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 (L.R.Q., c. M-35.1.3)

Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. P-31.1)

Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5)

Loi sur les sages-femmes (L.R.Q., c. S-0.1)

Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)

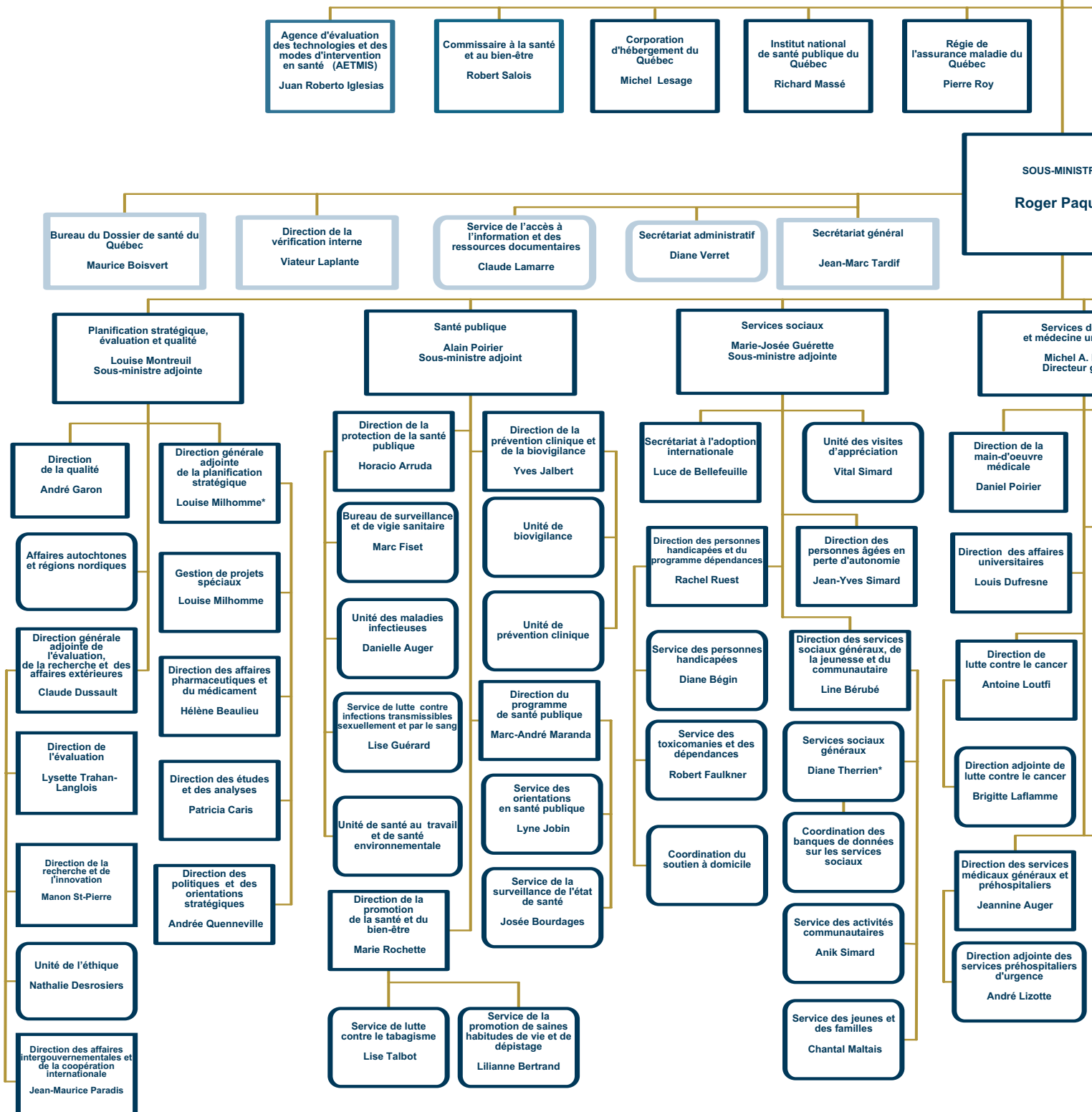
Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5)

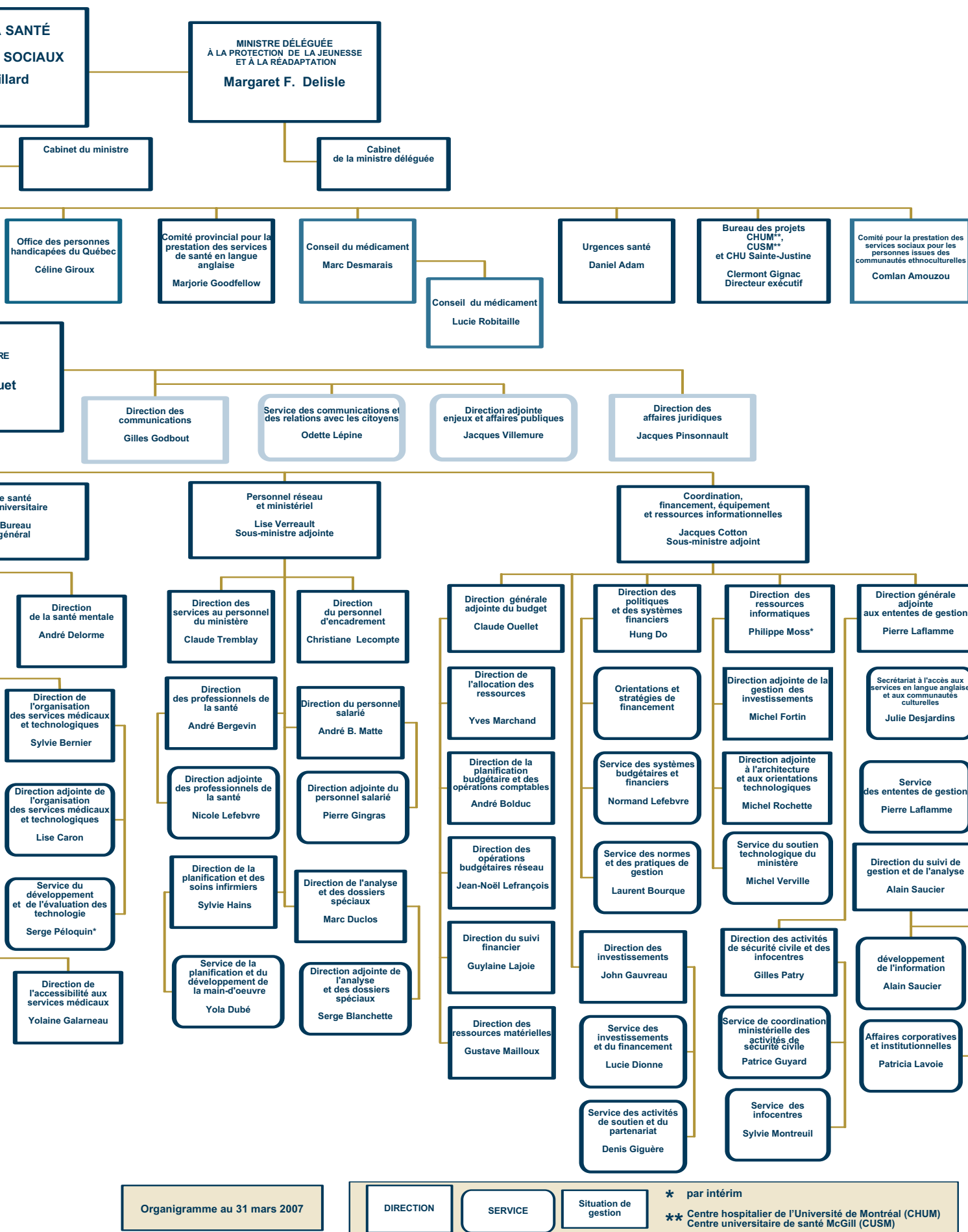
Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2)

Loi sur le tabac (L.R.Q., c. T-0.01)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales
(L.R.Q., c. U-0.1)

L'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux





Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Président-directeur général : Dr Juan Roberto Iglesias

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Site Internet : www.aetmis.gouv.qc.ca

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé a pour mission de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et d'appuyer, au moyen de l'évaluation, les décideurs du milieu québécois de la santé. Les évaluations de l'Agence portent sur l'introduction, l'acquisition et l'utilisation de technologies de la santé ainsi que sur les modalités de dispensation et d'organisation des services. Les principaux champs d'action de l'Agence sont la production de rapports d'évaluation, le transfert des connaissances, la diffusion des résultats d'évaluation, la formation ainsi que le rayonnement de l'expertise scientifique québécoise. Ainsi, l'Agence joue un rôle moteur dans le développement de la culture scientifique au Québec et adhère aux principes directeurs de la politique scientifique du gouvernement du Québec.

Bureau de gestion des projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Directeur exécutif : M. Clermont Gignac

2021, avenue Union, bureau 10.049
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-9289

Cet organisme a pour mission d'assurer le respect des balises réglementaires, de programmes, de budget et de temps, fixées par le gouvernement pour la réalisation des projets de modernisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, du Centre universitaire de santé McGill et du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

Cet organisme exerce un leadership d'expertise en gestion de projet au bénéfice des parties prenantes des projets. Sa priorité est d'assurer une gouvernance rigoureuse et transparente ainsi que de réduire les risques inhérents aux grands projets complexes. Son rôle consiste aussi à susciter la détermination des moyens pour maximiser les retombées économiques et pour optimiser le cycle de vie des équipements et des actifs immobiliers, et ce, dans une perspective de développement durable.

Comité central d'éthique de la recherche**Président : Dr Serge D. Gauthier**

500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800

Montréal (Québec) H3A 3C6

Téléphone : 514 873-2114

Site Internet : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml>

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux veille à l'examen des projets de recherche avec des personnes mineures ou majeures inaptes se déroulant dans des établissements ne disposant pas de comité d'éthique de la recherche désigné par le ministre ou se déroulant hors des établissements du réseau.

Le Comité assume un rôle de protecteur de la dignité, de la sécurité, du bien-être et des droits des sujets de recherche. Il est chargé de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il a été institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux et relève de sa compétence. Son bureau est situé au Fonds de recherche en santé du Québec qui, par ailleurs, assure le soutien et veille au bon fonctionnement du Comité.

Comité d'hémovigilance**Président : M. Daniel Tremblay**

1075, chemin Sainte-Foy, 12^e étage

Québec (Québec) G1S 2M1

Courriel : unitedebiovigilance@msss.gouv.qc.ca

Le Comité d'hémovigilance a été créé en vertu de la Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance. Il a pour fonction, dès qu'il l'estime nécessaire, et au moins annuellement, de donner son avis au ministre sur l'état des risques liés à l'utilisation du sang, des produits et des constituants sanguins tout comme sur l'utilisation des produits de remplacement. Le Comité doit également examiner toute question relative au système d'approvisionnement en sang qui lui est soumise par le ministre et lui donner son avis dans les délais indiqués. Le ministre a confié au Comité des attributions semblables au regard de la moelle osseuse et de tout autre tissu humain tel que le prévoyait la loi.

Comité d'éthique de santé publique**Président : M. Daniel Weinstock**

201, boulevard Crémazie Est, bureau RC-03

Montréal (Québec) H2M 1L2

Courriel : cesp@msss.gouv.qc.ca

Le Comité d'éthique de santé publique est institué par la Loi sur la santé publique. Il joue un rôle conseil et son mandat comporte deux grands volets :

- répondre aux demandes qui sont adressées par le ministre au regard de toute question éthique qui peut être soulevée par l'application de la Loi sur la santé publique ;
- examiner systématiquement des projets de plan de surveillance ou d'enquêtes sociosanitaires qui lui sont soumis par le ministre ou les directeurs de santé publique.

Conformément aux attentes exprimées par le ministre, les demandes du directeur national de santé publique sont considérées au même titre que celles du ministre. Le rattachement du Comité au Ministère est d'ordre administratif. Malgré ce rattachement, le Comité jouit d'une totale indépendance morale.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles

Président : M. Comlan Amouzou

201, boulevard Crémazie Est, bureau 1.03
Montréal (Québec) H2M 1L2
Téléphone : 514 873-2292

Rapport d'activité 2006-2007 (résumé)

Le mandat et la composition du Comité

Le mandat du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles est fondé sur l'article 433.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui se lit comme suit :

« Le ministre peut constituer un comité chargé de lui donner des avis sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.

Il en détermine la composition ainsi que les règles de fonctionnement. »

En 2006-2007, le Comité a connu une certaine stabilité au regard de sa composition, car un seul membre a été remplacé. Monsieur Comlan Amouzou a été élu à titre de président du Comité et madame Marielle Beauger à titre de vice-présidente.

Le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles

Le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles soutient les activités du Comité. Au cours de l'année 2006-2007, le Secrétariat a poursuivi ses fonctions de coordination à l'égard de l'accessibilité des services. Il a participé à la table interministérielle pour l'accueil et l'intégration des réfugiés pris en charge par le gouvernement.

Les activités des membres du Comité provincial

Durant l'année 2006-2007, sept séances du Comité ont été tenues. Le Comité a donné son avis aux instances concernées sur les dossiers suivants :

- le document ministériel intitulé *Agir au Québec auprès des personnes touchées par les mutilations génitales féminine* ;
- le document *Politique de communication*, janvier 2006 ;
- la composition et les règles de fonctionnement du Comité provincial, adoptées le 27 janvier 2006 ;
- le document de travail *Projet de politique de périnatalité*, version du 18 avril 2006 ;
- la consultation sur la politique gouvernementale de lutte contre le racisme et la discrimination, août 2006 ;
- le document de travail *Cadre de référence pour Info-Santé/Social* ;
- le document de consultation sur la pérennité du système de santé et des services sociaux *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*.

Les membres du Comité ont amorcé des démarches afin d'entreprendre une consultation auprès des experts et des organismes communautaires œuvrant auprès des personnes immigrantes et des personnes issues des communautés ethnoculturelles.

En novembre 2006, le Comité a adopté son code d'éthique et de déontologie. Celui-ci est inséré dans son rapport d'activité 2006-2007, qu'il a remis au ministre en juin 2007. Il est à noter qu'aucun incident ou transgression du code n'a été constaté et qu'aucune mesure disciplinaire ou sanction n'a été appliquée cette année.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Présidente : Mme Marjorie Goodfellow

201, boulevard Crémazie Est, bureau 1.03
Montréal (Québec) H2M 1L2
Téléphone : 514 873-2292

Rapport d'activité 2006-2007 (résumé)***Le mandat et la composition du Comité***

Le rôle et les fonctions du Comité provincial sont demeurés inchangés, nonobstant les modifications apportées récemment à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. De fait, les rôles et fonctions sont toujours fondés sur l'article 509 de cette loi :

« Le gouvernement prévoit, par règlement, la formation d'un comité provincial chargé de donner son avis au gouvernement sur :

- 1° la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise ;
- 2° l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès élaboré par une agence conformément à l'article 348. »

La composition du Comité est restée stable en 2006-2007. Les deux membres démissionnaires n'ont pas été remplacés parce qu'il restait peu de temps à leur mandat.

Puisque le mandat des membres du Comité est échu, le processus de consultation a été complété en vue de renouveler la composition de celui-ci. Tous les membres étant à leur premier mandat sont admissibles à un renouvellement.

Madame Marjorie Goodfellow a été réélue à titre de présidente du Comité et monsieur Michael Udy à titre de vice-président.

Le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles

Le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles soutient les activités du Comité. À la suite de la publication d'un cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, la révision des programmes a été lancée au début d'avril par le sous-ministre, monsieur Juan-Roberto Iglesias. Le Secrétariat a continué à jouer un rôle de liaison dans le cadre des projets du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires et des projets de formation McGill. Il a poursuivi les démarches, en collaboration avec la Direction des affaires intergouvernementales et de la coopération internationale du Ministère, dans le cadre du programme fédéral d'appui aux langues officielles *Vie communautaire*.

Les activités des membres du Comité provincial

Du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007, les membres du Comité se sont rencontrés à six reprises. Ils ont complété des démarches afin :

- d'exercer un suivi des derniers programmes d'accès aux services en langue anglaise adoptés en 1999 dans le contexte de l'implantation des réseaux locaux de services et des centres de santé et de services sociaux ainsi que de la définition des projets cliniques et organisationnels ;
- d'encourager la conclusion d'une nouvelle entente organisationnelle Canada-Québec en matière de santé et de services sociaux ;
- de consulter des experts du réseau et des représentants des organismes issus des communautés d'expression anglaise en vue de faire le point concernant l'impact sur la prestation des services des trois mesures visant l'adaptation des services de santé primaires en langue anglaise. La consultation s'est déroulée sur trois jours, soit les 20 et 28 septembre ainsi que le 26 octobre 2006. Plus de 90 personnes y ont participé ;
- d'analyser les seize programmes d'accès révisés par les agences de la santé et des services sociaux et de formuler des avis sur l'approbation de ces derniers par le gouvernement.

De plus, le Comité a fait parvenir un avis au ministre sur les mesures à prendre pour améliorer la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise.

Le 18 décembre 2006, le Comité a adopté son code d'éthique et de déontologie. Ce dernier est intégré dans son rapport d'activité 2006-2007, qu'il a remis au ministre à l'été 2007. Au cours de l'année, aucun incident ou transgression du code n'a été constaté, et aucune mesure disciplinaire ou sanction n'a été appliquée.

Commissaire à la santé et au bien-être

Commissaire : M. Robert Salois

1020, route de l'Église, bureau 700
Québec (Québec) G1V 3V9
Téléphone : 418 643-3040
Site Internet : www.csbe.gouv.qc.ca

Le Commissaire à la santé et au bien-être est responsable d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux ainsi que de fournir à la population les éléments nécessaires à une compréhension globale des actions entreprises eu égard aux grands enjeux du domaine de la santé et des services sociaux. Le Commissaire exerce ses responsabilités au regard, notamment, de la qualité, de l'accessibilité, de l'intégration, de l'assurabilité et du financement des services, des déterminants de la santé et du bien-être, des aspects éthiques liés à la santé et au bien-être, des médicaments et des technologies.

Conseil du médicament

Président : M. Marc Desmarais

1195, avenue Lavigerie, bureau 100
Québec (Québec) G1V 4N3
Téléphone : 418 644-8103
Site Internet : www.cdm.gouv.qc.ca

Le Conseil du médicament a pour fonction d'assister le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la mise à jour de la Liste de médicaments assurés par le Régime général d'assurance médicaments et de la Liste de médicaments des établissements de santé. Il doit également travailler à favoriser l'utilisation optimale des médicaments au Québec. Enfin, le Conseil doit formuler des recommandations au regard de l'établissement et de l'évolution des prix ou sur toute autre question soumise par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Corporation d'hébergement du Québec

Président-directeur général : M. Michel L. Lesage

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 644-3600
Site Internet : www.chq.gouv.qc.ca

La Corporation d'hébergement du Québec a pour mission d'offrir aux intervenants du secteur de la santé et des services sociaux l'expertise technique, financière et immobilière ainsi que le financement nécessaire à la gestion, la construction, l'entretien et l'acquisition d'immobilisations, d'équipements et d'infrastructures requis dans ce secteur d'activité.

Institut national de santé publique du Québec

Président-directeur général : Dr Richard Massé

945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
Téléphone : 418 650-5115
Site Internet : www.inspq.qc.ca

L'Institut national de santé publique du Québec vise à être le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Son objectif est de faire progresser les connaissances et de proposer des stratégies et des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

L'Institut soutient le ministre de la Santé et des Services sociaux, les autorités régionales de santé publique et les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités en leur offrant son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage.

Office des personnes handicapées du Québec

Directrice générale : M^{me} Céline Giroux

309, rue Brock
Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : 1 800 567-1465
Téléscripneur : 1 800 567-1477
Site Internet : www.ophq.gouv.qc.ca

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'Office doit égale-

ment s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux, les municipalités ainsi que les organismes publics et privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer pleinement à la vie en société.

L'Office veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leur famille. Il favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir leurs intérêts et ceux de leur famille, l'Office les informe, les conseille, les assiste et fait des représentations en leur faveur, sur une base tant individuelle que collective.

Régie de l'assurance maladie du Québec

Président-directeur général : M. Pierre Roy

1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7
Téléphone : 1 800 561-9749
Site Internet : www.ramq.gouv.qc.ca

La Régie de l'assurance maladie du Québec a pour mission d'administrer les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi qu'un ensemble de programmes complémentaires. À cet effet, elle informe la population sur les services offerts, gère l'admissibilité aux régimes ou aux programmes qu'elle administre et rémunère les professionnels de la santé pour les soins et services rendus aux personnes assurées. De plus, elle fait en sorte que l'expertise et l'information qu'elle possède soient mises au service du ministre ainsi que des chercheurs et acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Corporation d'urgences-santé

Président-directeur général : M. Daniel Adam

3232, rue Bélanger
Montréal (Québec) H1Y 3H5
Téléphone : 514 723-5600
Site Internet : www.urgences-sante.qc.ca

La Corporation d'urgences-santé (Urgences-santé) est un organisme sans but lucratif qui exerce sur les territoires de Montréal et de Laval les fonctions dévolues à une agence de la santé et des services sociaux par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Dans ce cadre, sa mission consiste à :

- diriger, sur le territoire, la planification, l'organisation, la coordination et l'évaluation des services ;
- offrir des services comprenant les soins préhospitaliers d'urgence, le transport par ambulance, ainsi que le transport entre les établissements de santé ;
- assurer en tout temps à l'ensemble de la population du territoire visé une intervention appropriée, efficace et de qualité ;
- maintenir un centre de communication santé s'appuyant sur une technologie fiable et éprouvée ainsi que sur un système médical informatisé de triage des appels ;
- initier et participer à des projets reliés à la promotion, à la prévention et à la recherche en matière de soins et de services préhospitaliers d'urgence.

**Santé
et Services sociaux**

Québec



www.msss.gouv.qc.ca