

# Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Rapport  
annuel  
1997-1998**

Le contenu de la présente publication a été rédigé  
par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette édition a été produite par  
Les Publications du Québec  
1500 D, rue Jean-Talon Nord  
Sainte-Foy (Québec)  
GIN 2E5

Dépôt légal - 1998  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN 2-55 1- 18062-7  
ISSN 0832-6258

© Gouvernement du Québec  
Tous droits réservés pour tous pays.  
Reproduction par quelque procédé que ce soit  
et traduction, même partielles, interdites  
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Québec, novembre 1998

Monsieur Jean-Pierre Charbonneau  
Président de l'Assemblée nationale  
Hôtel du Gouvernement  
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel d'activité du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice financier qui a pris fin le 31 mars 1998.

Ce rapport rend compte de l'ensemble des activités du Ministère et contient de nombreux renseignements d'intérêt public.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Jean Rochon

Québec, novembre 1998

Monsieur Jean Rochon  
Ministre de la Santé et des  
Services sociaux  
Hôtel du Gouvernement  
Québec

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel d'activité de notre Ministère pour l'année financière 1997-1998.

Ce rapport décrit les divers secteurs d'activité du Ministère ainsi que les différentes réalisations de chacun de ces secteurs.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

La sous-ministre de la Santé et des Services sociaux,

Lise Denis

# Table des matières

## Introduction 9

### Message du ministre 11

### Première partie Le ministère de la Santé et des Services sociaux 13

- 1. L'organisation du système de santé et de services sociaux 13
- 2. La prestation des services de santé et des services sociaux 15
  - 2.1. Les établissements 15
  - 2.2. Les organismes communautaires 15
  - 2.3. Les autres partenaires 15
- 3. Les ressources financières 17
- 4. Les principales réalisations en 1997-1998 17
- 5. La transformation du système de santé et de services sociaux 19

### Seconde partie Le bilan administratif 21

- 1. Le Bureau du ou de la sous-ministre 21
  - 1.1. Les affaires juridiques 21
  - 1.2. Le Secrétariat du Ministère 21
    - 1.2.1. Le Secrétariat administratif 21
    - 1.2.2. La condition féminine 22
  - 1.3. Les communications 23
  - 1.4. La vérification interne 23
  - 1.5. L'adoption internationale 23
  - 1.6. L'expertise 24
    - 1.6.1. L'organisation clinique 24
    - 1.6.2. Les urgences 25
    - 1.6.3. L'accès aux services chirurgicaux 25
- 2. La planification et l'évaluation 27
  - 2.1. La planification stratégique 27
  - 2.2. Les politiques 28
  - 2.3. Les orientations en matière d'organisation des ressources 30
  - 2.4. Les normes et les standards d'allocation et d'organisation des ressources 31
  - 2.5. Les études évaluatives et la recherche 33
  - 2.6. La pratique des sages-femmes 35
  - 2.7. Les organismes communautaires 36
  - 2.8. L'économie sociale 36

- 2.9. La gestion documentaire 37
- 2.10. L'emploi et la qualité de la langue française 37
- 3. La santé publique 39
  - 3.1. L'analyse et la surveillance de la santé et du bien-être de la population 39
  - 3.2. La promotion de la santé et du bien-être 40
  - 3.3. La protection de la santé publique 42
  - 3.4. La prévention et l'éducation sociosanitaire 44
  - 3.5. Le Centre québécois de coordination sur le sida 45
  - 3.6. Le système de gestion du sang au Québec 48
- 4. Le suivi et le soutien du réseau 51
  - 4.1. Le suivi et le soutien des activités et de la transformation du réseau 51
  - 4.2. Le suivi et le soutien des activités particulières 51
  - 4.3. L'émission et le renouvellement des permis 52
  - 4.4. Le fonds de soutien à l'innovation 53
  - 4.5. Le partenariat MSSS-régies régionales 53
- 5. Les relations professionnelles 55
  - 5.1. Le personnel salarié du réseau 55
  - 5.2. Le personnel d'encadrement du réseau 55
  - 5.3. Le personnel professionnel de la santé 56
  - 5.4. L'effectif médical 58
  - 5.5. La main-d'oeuvre non médicale 58
  - 5.6. Le programme de santé et de sécurité du travail dans le réseau 58
- 6. Le budget, l'administration et les immobilisations 61
  - 6.1. Les ressources matérielles et le financement 61
    - 6.1.1. Les activités de soutien du réseau 61
    - 6.1.2. Les ressources immobilières 62
    - 6.1.3. La gestion des ententes fédérales-provinciales 63
  - 6.2. La planification et les stratégies de financement 63
  - 6.3. La construction 66
  - 6.4. Les services aux communautés culturelles et l'accès aux services en langue anglaise 66
  - 6.5. La coordination des affaires autochtones 66
  - 6.6. Les relations intergouvernementales 67
  - 6.7. Les services au personnel 67
  - 6.8. Les ressources matérielles 68

7.	Les technologies de l'information	71
7.1.	Le réseau de télécommunication socio-sanitaire	71
7.2.	Les ressources informationnelles du secteur socio-sanitaire	72
7.3.	Le passage à l'an 2000	73
7.4.	Les ressources informationnelles du Ministère	73
8.	La coopération internationale et le partenariat économique	75
8.1.	La coopération internationale	75
8.2.	Le partenariat économique	76

## **Annexe 1**

Les organismes rattachés au ministre de la Santé et des Services sociaux et la commissaire aux plaintes	79
La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	79
L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)	79
Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS)	79
Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE)	80
Le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)	80
Le Conseil consultatif sur les aides technologiques (CCAT)	80
La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)	81
La Commission québécoise d'examen (troubles mentaux) (CQE)	81
Le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP)	81
Le Conseil médical du Québec (CmQ)	81
Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)	82
Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)	83
La commissaire aux plaintes	83
Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)	84
L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	84

## **Annexe II**

Les lois et règlements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux	87
---	----

## **Annexe III**

La gestion ministérielle des ressources humaines	91
--	----

## **Introduction**

Le présent rapport, subdivisé en deux grandes parties, présente les principales activités du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1997-1998.

La première partie donne de l'information générale sur le Ministère, sur le système de santé et de services sociaux, sur la prestation des services ainsi que sur les ressources financières.

La seconde partie, intitulée « Le bilan administratif », renferme une description des activités de chacune des unités administratives du Ministère.

Enfin, les annexes présentent les mandats et les activités des organismes rattachés au Ministère, les lois et les règlements qui relèvent de son autorité, de même que des données statistiques sur la gestion ministérielle des ressources humaines.

Cette année encore, le rapport annuel du Ministère commence par un message du ministre pour souligner de façon particulière les activités relatives à la transformation du système de santé et de services sociaux.

## **Message du ministre**

Voilà maintenant plus de trois ans que nous avons entrepris l'immense et nécessaire tâche de transformer le réseau de la santé et des services sociaux pour l'adapter aux besoins des Québécoises et des Québécois ainsi qu'à l'évolution des façons de faire et à notre capacité de payer comme collectivité. Il faut reconnaître que ces années n'ont pas toujours été faciles pour tous ceux et celles qui sont engagés quotidiennement auprès de la population et qui ont eu à gérer ces multiples changements. Nous avons dû contrer des problèmes qui ont nécessité des efforts sans précédent pour continuer de dispenser des services de qualité, accessibles et respectueux des personnes.

Je remercie sincèrement toutes ces personnes pour la façon dont chacun, chacune a assumé ses responsabilités au cours de ces années. Grâce à vous tous et toutes, la transformation a pu se réaliser. Nous avons maintenant à consolider ce qui a été entrepris et je suis convaincu que la population du Québec peut toujours compter autant sur le savoir faire que sur l'esprit d'initiative et l'engagement des personnes travaillant dans ce vaste réseau de services.

Le présent rapport met en évidence l'énormité du travail accompli au cours de l'année, autant par les gens du Ministère et leurs partenaires des régions régionales que par les établissements et tout le personnel du réseau, en collaboration avec les organismes communautaires. Les actions qui ont eu cours pendant ce laps de temps ont été inspirées par les trois points d'ancrage que sont la qualité et l'accessibilité des services, les conditions de travail et la formation, le financement adéquat et adapté.

L'objectif commun était et demeure l'amélioration de l'accessibilité pour les Québécoises et les Québécois à des services de qualité adaptés à leurs besoins.



# Première partie

## Le ministère de la Santé et des Services sociaux

---

### 1. L'organisation du système de santé et de services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, autrefois nommé ministère des Affaires sociales, fut créé le 22 décembre 1970 lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère des Affaires sociales.

Le système de santé et de services sociaux a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, pour qu'elles puissent agir dans leur milieu et accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Le mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières est destiné à :

- assurer la participation des personnes et des groupes qui les composent au choix des orientations de même qu'à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services ;
- favoriser la participation de tous les intervenants et intervenantes des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un effet sur la santé et le bien-être ;
- partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenantes et intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ;
- rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes sur les plans physique, psychique et social ;
- tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socioéconomiques des régions ;
- favoriser, en tenant compte des ressources, l'accessibilité à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes ;
- favoriser, de la même façon, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux dans la langue des personnes des différentes communautés culturelles du Québec ;
- favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux dans le respect des droits des usagères et des usagers de ces services ;
- assurer la participation des ressources humaines des établissements au choix des orientations de ces derniers et à la détermination de leurs priorités ;
- promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population.

La mission du Ministère est axée sur les fonctions centrales et stratégiques du système de santé et de services sociaux. Son rôle porte essentiellement sur la « régulation » du système, sur son orientation générale en matière de politique de santé et de bien-être et sur l'évaluation des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

La mission des régies régionales de la santé et des services sociaux est, quant à elle, d'agir à titre de maître d'oeuvre dans la planification, la mise en œuvre, l'organisation et la coordination des programmes et des services, ainsi que dans l'allocation des ressources sur leur territoire.

Quant aux établissements du réseau, leur mission consiste à mettre en place et à offrir des services appropriés aux différents types d'usagers et d'usagères, conformément aux fonctions qui leur sont confiées par la loi,

La gestion du système de santé et de services sociaux est assurée par le Ministère ainsi que par sept régies régionales et un conseil régional répartis dans dix-huit régions sociosanitaires à travers la province.

Le Ministère comprend sept directions générales, outre la Direction supérieure. Les mandats et les réalisations de chacune de ces directions au cours de l'année 1997-1998 sont décrits dans les pages qui suivent.

Pour cette même année, l'effectif du Ministère totalise 699 personnes. On trouvera à l'annexe III du présent rapport des précisions additionnelles sur la gestion ministérielle des ressources humaines.

## **2. La prestation des services de santé et des services sociaux**

### **2.1. Les établissements**

Plus de 539 établissements publics et privés conventionnés offrent des services de santé et des services sociaux au Québec. La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que ces services soient accessibles dans les types de centres suivants :

- les centres locaux de services communautaires (CLSC) ;
- les centres hospitaliers (CH) ;
- les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) ;
- les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- les centres de réadaptation (CR).

### **2.2. Les organismes communautaires**

Les quelque 2500 organismes communautaires qui œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux jouent un rôle de premier plan auprès de nombreux groupes. La gamme de services qu'ils offrent est très variée. Notons, entre autres :

- des services de prévention, d'aide et de soutien, y compris des services d'hébergement temporaire ;
- des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des personnes utilisant des services de santé ou des services sociaux ;
- la promotion du développement social, l'amélioration des conditions de vie ou la promotion de la santé pour l'ensemble du Québec ;
- des activités répondant à des besoins nouveaux, utilisant des approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes.

### **2.3. Les autres partenaires**

Un grand nombre d'associations et de corporations professionnelles, de fédérations médicales et d'autres regroupements font aussi partie de l'environnement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

### 3. Les ressources financières

Le budget 1997-1998 du Ministère, de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) s'élève à 534 678 000 \$, ce qui représente 31,2 % de l'ensemble des crédits du gouvernement.

La part de ce budget allouée à la RAMQ est de 3 065 142 600 \$, et celle du Ministère totalise 9 469 535 400 \$, incluant des crédits de 48 218 500 \$ attribués à l'OPHQ.

Les crédits du Ministère sont répartis en cinq programmes, comme suit:

Fonctions nationales	151 916 200\$
Fonctions régionales	9 206 272 000\$
Recherche	63 128 700\$
Office des personnes handicapées du Québec	48 218 500\$
Régie de l'assurance maladie du Québec	3 065 142 600\$
<b>Total</b>	<b>12 534 678 000\$</b>

### 4. Les principales réalisations en 1997-1998

Les lignes directrices qui guident l'action dans le domaine sociosanitaire sont articulées autour d'une fonction ministérielle de planification stratégique, tant en ce qui a trait aux indicateurs relatifs aux objectifs - dans la continuité de la Politique de la santé et du bien-être - qu'à la stratégie budgétaire et financière de gestion intégrée en fonction des résultats à atteindre.

Voici les principales actions de cette année.

#### En santé publique :

- l'instauration du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ;
- la préparation d'une stratégie d'action en toxicomanie ;
- la mise en place d'un plan de suivi des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 ;
- l'adoption de la Stratégie québécoise d'action face au suicide ;
- le lancement de la phase IV de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida ;

#### En économie sociale :

- l'implantation du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique ;

#### Dans les services sociaux

- la préparation de la Politique sur les besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle et sur ceux de leurs proches ;
- la mise en place de mesures visant à favoriser l'implantation de la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale ;

#### Dans les services de santé

- la mise sur pied d'un groupe de travail intraministériel pour préciser les enjeux et dégager les perspectives du virage ambulatoire ;
- l'intensification des mesures au regard du rendement dans les urgences ;
- le lancement du Programme québécois de lutte contre le cancer ;
- la préparation d'un plan d'action en santé mentale ;
- la désignation de consortiums de services de traumatologie ;
- l'amélioration de l'accessibilité aux services de laboratoires et de leur rendement.

Par ailleurs, le Ministère a poursuivi l'adaptation de ses façons de faire afin d'apporter à son système l'efficacité et la souplesse qui lui permettront d'atteindre ses objectifs. Des mesures particulières sont donc à signaler :

- l'évolution du réseau universitaire et la tenue d'un premier séminaire sur son développement ;
- un nouveau partenariat avec les établissements privés conventionnés ;
- l'adoption du Plan de modernisation des infrastructures administratives et de support ;
- la mise en oeuvre de divers programmes de départ volontaire ;
- la prise en charge d'une partie de la dette des établissements et l'allègement de certains efforts budgétaires ;
- les travaux d'ingénierie générale du réseau de télécommunication sociosanitaire ;
- la coordination des activités relatives à la conversion des systèmes au changement de millénaire ;
- la création du Bureau du partenariat économique.

Sur le plan législatif, parmi les divers travaux ministériels ayant trait aux lois et règlements qui relèvent du ministre, les suivants sont à souligner :

- les travaux relatifs à l'adoption de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ;
- la préparation et la présentation à l'Assemblée nationale du projet de loi connu sous le nom de Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives ;
- la préparation de projets de loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance, sur l'Institut national de santé publique du Québec, sur le tabac, ainsi que d'un projet de loi prolongeant l'effet de certaines dispositions de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes,

## 5. La transformation du système de santé et de services sociaux

Au cours de l'année 1997-1998, la transformation du système de santé et de services sociaux s'est poursuivie, comme en fait foi le présent rapport dont voici une synthèse à cet égard.

La transformation du système de santé et de services sociaux vise essentiellement à adapter les services aux besoins changeants de la population et à tirer profit des nouvelles technologies et des nouvelles approches en remettant en question les façons de faire, de manière à offrir à la population des services de meilleure qualité et à un moindre coût. Pour consolider et renforcer le pouvoir de décision des régies régionales et des établissements, cette transformation s'accompagne d'une plus grande souplesse administrative.

Soulignons aussi qu'elle s'est traduite par une augmentation importante du rôle et des responsabilités des services de première ligne, c'est-à-dire les CLSC, les CHSLD, les organismes communautaires et les médecins omnipraticiens de pratique privée, et ce, dans le contexte de la mise en place de services de remplacement de l'hospitalisation et de l'hébergement. Les dépenses consacrées aux services de première ligne sont passées de 2911 700 000 \$ en 1993-1994 à 3 117 100 000 \$ en 1997-1998, soit une augmentation totale de 205 400 000 \$ ou de 7 % en quatre ans.

Le système de santé et de services sociaux a pris un tournant décisif au cours des trois dernières années. Le virage ambulatoire constitue l'un des axes prioritaires de cette transformation. Il se caractérise par une réorientation et une adaptation des services dans le milieu de vie des Québécoises et des Québécois de façon à ce que ces services leur soient plus facilement accessibles et, par conséquent, répondent davantage à leurs besoins aux différentes étapes de la vie que sont la naissance, la maladie, la vieillesse et la mort. Le virage ambulatoire suit l'évolution de la société avec une harmonie qui a toujours caractérisé le système québécois de santé et de services sociaux. Malgré un rythme accéléré, les changements reposent sur des principes et des orientations jugés souhaitables depuis bon nombre d'années tant par le Ministère que par le réseau. À l'heure actuelle, le virage ambulatoire est en phase de stabilisation et de consolidation.

Afin de répondre adéquatement aux changements qu'il commande, on a intensifié les actions susceptibles d'améliorer l'efficacité des urgences et multiplié les efforts visant à réduire les listes d'attente.

En outre, le recours aux technologies de l'information a donné lieu au déploiement d'un réseau de télécommunication sociosanitaire offrant une gamme étendue de services qui, par la voix et l'image, donne accès aux données et à la télémedicine, et ce, dans le respect des principes de sécurité et de confidentialité.

L'exercice 1997-1998 a été marqué par l'annonce de la fin des compressions budgétaires, après trois années de travail consacrées à la réalisation des plans régionaux, et le déroulement d'une vaste consultation visant à dresser le bilan des trois années de changements majeurs c'est-à-dire à faire le point sur les résultats obtenus dans chacune des régions et à s'assurer que les avantages prévus pourront être acquis complètement et consolidés au cours des années à venir.

Il ressort de cette démarche que la transformation du réseau a produit les principaux effets escomptés, soit :

- un accès amélioré aux services de première ligne ;
- une meilleure utilisation des ressources hospitalières au profit de ressources plus légères et plus près des milieux de vie ;
- une organisation des services orientée vers les besoins de la personne et axée sur la continuité et sur la complémentarité des services.

De plus, à l'occasion de cette consultation, les régies régionales ont invité plusieurs représentantes et représentants du secteur de la santé et des services sociaux à siéger à des tables rondes qui réunissaient également des personnes des milieux municipal et scolaire. Le but de cette démarche visait à dresser le portrait de la situation et à dégager les orientations pour les prochaines années qui

seront axées sur la qualité des services, sur les conditions de travail et la formation du personnel ainsi que sur le financement adéquat du réseau de la santé et des services sociaux.

Des organismes nationaux liés à la santé et aux services sociaux ont ensuite été invités à donner leur avis pour enrichir et compléter le bilan. de la situation et dégager les perspectives au moment des consultations régionales.

## Seconde partie

### Le bilan administratif

---

#### 1. Le Bureau du ou de la sous-ministre

La Direction supérieure, constituée par le Bureau du ou de la sous-ministre, est chargée de la direction et de la coordination de l'ensemble du Ministère.

Le ou la sous-ministre et sa Direction supérieure ont pour mandat :

- de voir à l'administration des politiques, lois, règlements et programmes relevant de la juridiction du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- d'assurer les liens nécessaires entre le ministre, le Conseil exécutif, le Conseil du trésor et les directions générales pour la préparation, l'exécution et le cheminement des dossiers relevant de la compétence ministérielle ;
- de présider le comité de direction et de coprésider le conseil de direction du Ministère ;
- d'assurer les liens nécessaires avec les autres ministères et organismes du gouvernement du Québec et des autres gouvernements (canadien, provinciaux et internationaux) afin d'appuyer la position stratégique du Ministère ;
- de vérifier que les stratégies de communication améliorent les liens avec le public, et assurent l'accès à l'information dans une dynamique de transparence.

#### 1.1. Les affaires juridiques

La Direction des affaires juridiques relève du ministère de la Justice. Elle a pour mandat de conseiller le ministère de la Santé et des Services sociaux en matière légale.

Conformément à ce mandat, cette direction fournit le soutien juridique nécessaire à la rédaction, à l'interprétation et à l'application des lois et règlements qui concernent le Ministère. Elle participe, en outre, à l'établissement de politiques ayant des implications juridiques et représente le Ministère sur le plan légal dans les comités où la présence de celui-ci est requise, ainsi qu'à l'occasion de missions particulières.

Enfin, c'est cette direction qui rédige les documents de nature juridique et prend en charge les dossiers litigieux qui engagent le Ministère,

#### 1.2. Le Secrétariat du Ministère

Le Secrétariat conseille le ou la sous-ministre sur les dossiers en cours et sur le fonctionnement du Ministère. Il assure les liens nécessaires entre le cabinet du ministre, le Conseil exécutif et les directions générales dans la préparation et le cheminement des dossiers et documents officiels du Ministère. Il appuie le comité de direction et le conseil de direction dans leurs interventions et leur travail, et voit à la bonne marche du Bureau du ou de la sous-ministre.

##### 1.2.1. Le Secrétariat administratif

Le Secrétariat administratif coordonne les activités relatives au cheminement et à la conservation des documents officiels du Ministère. Il assure la gestion du système de traitement du courrier adressé au ministre et au Bureau du ou de la sous-ministre.

Il maintient à jour le fichier des membres des conseils d'administration des établissements publics du réseau et des régies régionales en plus d'élaborer et d'appliquer les procédures internes relatives à ces activités et à celles qui sont nécessaires au bon fonctionnement du Ministère.

En outre, le Secrétariat administratif planifie et coordonne l'opération annuelle d'attribution des prix Persillier-Lachapelle. Les douze lauréats de l'édition 1997 rejoignent le palmarès de l'excellence où se retrouvent les 120 récipiendaires auxquels ce concours a rendu hommage depuis 1980.

Le Secrétariat administratif prépare également le rapport annuel du Ministère en collaboration avec les différentes unités administratives.

Enfin, il assure le suivi budgétaire et financier des unités administratives relevant de la Direction supérieure.

## LES PRIX PERSILLIER-LACHAPELLE

Les prix d'excellence pour les initiatives des établissements

Qualité des services à la population:

Personnalisation des soins et des services :

Prévention-Promotion de la santé et du bien-être :

### **Les prix d'excellence pour les initiatives des organismes communautaires**

Prévention-Promotion de la santé et du bien-être :

Soutien aux groupes les plus vulnérables :

Soutien aux familles :

### **Les mentions d'honneur pour les initiatives des organismes communautaires**

Prévention-Promotion de la santé et du bien-être :

Soutien aux groupes les plus vulnérables:

Soutien aux familles :

### **Le prix Condition féminine décerné à l'occasion du 25<sup>e</sup> anniversaire du Conseil du statut de la femme**

### **Le prix Coup de cœur décerné à deux organismes ex æquo**

## LES LAUREATS DE 1997

Le Centre Dollard-Cormier (région de Montréal-Centre) pour sa nouvelle approche axée sur les services intégrés et continus

Le CHSLD de Lachine (région de Montréal-Centre) pour son programme d'autonomie fonctionnelle

Le CLSC du Vieux La Chine (région de Montréal-Centre) pour son programme « La petite école »

Le Centre Femmes Aux 3 A (région de Québec) pour son action dans les trois secteurs d'intervention suivants : accueil, aide, amitié

Les Loisirs thérapeutiques de Saint-Hubert (région de la Montérégie) pour leur formule aidants/aidés

Les Jardins du coin Chicoutimi-Nord (région du Saguenay-Lac-Saint-Jean) pour leur programme « Y'A Personne de Parfait »

Le Bureau Local d'Intervention Traitant du Sida (BLITS) (région de la Mauricie et du Centre-du-Québec) pour son projet Action Prévention Hommes

La Cordée-Transit de jour (région de l'Estrie) pour son programme « Un cœur à cœur avec la communauté »

Le Centre de promotion communautaire Le Phare (région de Montréal-Centre) pour ses activités relatives à l'ensemble du système familial

Le Projet Intervention Prostitution de Québec (région de Québec) pour le travail de rue effectué

L'Association des grands brûlés FLAM (région de Québec) pour son soutien aux victimes de brûlures et le Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal (région de Montréal-Centre) pour les outils conçus en vue d'un mieux-être personnel et familial

### **1.2.2. La condition féminine**

Le Service à la condition féminine (SCF) conseille le ou la sous-ministre et les diverses instances du Ministère quant aux activités liées à la condition féminine dans le secteur de la santé et des services sociaux. De façon plus précise, il s'assure que les besoins particuliers des femmes soient pris en considération dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, des orientations et des stratégies dans le domaine de la santé et du bien-être. Il conçoit également les orientations et les plans d'action en matière de condition féminine et en assure la coordination, le suivi et l'évaluation. Enfin, il établit des liaisons entre le réseau de la santé et des services sociaux, les groupes de femmes et les instances gou-

vernementales, et assure le développement de l'expertise en matière de santé des femmes.

Au cours de l'année financière 1997-1998, le SCF a coordonné les travaux de conception du Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes, et ce, en étroite collaboration avec les directions générales visées. Le document qui y a fait suite intègre par ailleurs les engagements pris par le Ministère à l'intérieur du Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises. Ce plan d'action constitue la deuxième étape d'application de la politique gouvernementale en matière de condition féminine.

Le SCF a participé au comité interministériel sur l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes



dans les pratiques gouvernementales, et il a collaboré à des travaux liés à la prévention des grossesses précoces et au soutien aux mères adolescentes. Ces deux projets mobilisateurs, considérés comme prioritaires par le gouvernement, ont en commun l'objectif de structurer un avenir meilleur pour toutes les Québécoises, notamment pour les jeunes femmes.

De plus, le SCF a maintenu ses activités dans plusieurs dossiers relatifs à la santé physique, à la santé mentale et à la transformation du réseau, en fournissant de l'expertise et en coopérant à divers comités de travail et comités consultatifs. Il a également collaboré à la rédaction du rapport **Écoute-moi quand je parle** du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes.

Le SCF a en outre assuré la diffusion et la promotion de la publication **Derrière les apparences - Santé et condition de vie des femmes**. Cette monographie a reçu le prix d'excellence décerné par le Secrétariat du Commonwealth de Londres, en Angleterre.

Enfin, le Service à la condition féminine a coordonné l'organisation des activités du Ministère pour souligner la Journée internationale des femmes. Il a aussi répondu tout au long de l'année à de nombreuses demandes d'avis, d'information et de référence.

### 1.3. Les communications

La Direction des communications conseille le ou la sous-ministre et les directions générales du Ministère et les assiste dans la planification et la réalisation d'activités de communication publique. Elle planifie et réalise des programmes de communication à l'intention des usagers et usagères ou des groupes visés par les politiques et par les programmes ministériels en tenant compte des priorités établies et en concertation avec les instances régionales en cause.

Cette direction est également l'éditeur officiel du Ministère. À ce titre, elle est responsable d'assurer la qualité des publications (plus d'une centaine en 1997-1998) destinées à la population ou adressées aux autres destinataires internes ou externes du Ministère. Elle fournit en conséquence les services spécialisés en matière linguistique : révision, réécriture et traduction.

En 1997-1998, la Direction des communications a réalisé deux campagnes d'information : une première sur la phase III de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux visant à mieux informer la population sur les services, notamment les services hospitaliers, la chirurgie d'un jour, les services aux personnes âgées et la ligne Info-Santé CLSC, et une deuxième sur la phase I de la prévention du sida et des maladies transmises sexuellement portant prin-

cipalement sur la tolérance face aux personnes les plus démunies de la société. Elle a travaillé à la mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, programme qui s'adresse principalement aux femmes de 50 à 69 ans. Elle a aussi coordonné la réalisation d'une campagne d'information conjointe avec six ministères et les organismes communautaires intéressés, portant sur la violence faite aux femmes.

Au sein de la direction, la Division de la production fournit des services de conception et de production graphiques et coordonne la diffusion des publications du Ministère. Elle offre également des services de conseil en ce qui a trait à la présentation graphique d'imprimés administratifs dont certains formulaires nécessaires à la bonne gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

Enfin, la direction encadre la diffusion de l'information ministérielle sur Internet et assure la gestion courante du site du Ministère. Elle assure son déploiement (la structure et le classement de l'information) et son bon fonctionnement.

### 1.4. La vérification interne

En 1997-1998, le Service de la vérification interne a mené les principaux travaux suivants :

- une analyse des éléments permettant la mise en place d'une unité autonome de services pour le Secrétariat à l'adoption internationale ;
- une analyse du mode de fonctionnement de la Direction générale de la coordination régionale ;
- des activités de soutien aux directions générales dans l'exécution des mandats du Vérificateur général, notamment le rapport sur la tarification dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que le rapport sur certaines activités relatives à la pertinence des hospitalisations et à la durée des séjours.

Au cours du mois de décembre 1997, l'équipe du Service de la vérification interne a été démantelée, et les responsabilités qu'elle assumait jusqu'alors ont été confiées aux gestionnaires en cause.

### 1.5. L'adoption internationale

Le Secrétariat à l'adoption internationale (WI) a pour mission :

- de coordonner l'adoption internationale au Québec ;
- d'aider et de conseiller les organismes québécois agréés dans leur travail en matière d'adoption internationale, et les familles québécoises qui ont projeté d'adopter un enfant étranger ;

- de veiller à l'application des lois et de la politique relative à l'adoption internationale au Québec ;
- de conseiller les autorités du Ministère dans le domaine de l'adoption internationale ;
- d'établir, avec les autorités compétentes des pays étrangers, des accords relatifs à l'adoption internationale qui respectent à la fois la législation étrangère et la législation québécoise.

Pour réaliser son mandat, le SAI évalue les possibilités d'adoption dans les divers pays étrangers et fixe, avec les autorités compétentes de ces pays, les conditions essentielles à l'adoption. Il consulte les lois relatives à l'adoption et établit la procédure à suivre. Il concrétise, si possible, ces conditions dans des ententes internationales en collaboration avec les ministères québécois et fédéraux visés et voit à leur maintien.

Au Québec, le SAI préside le Comité interministériel sur l'adoption internationale auquel participent le ministère des Relations internationales, le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration et le ministère de la Justice. Au fédéral, il collabore avec les services du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration ainsi qu'avec le Bureau national d'adoption du ministère du Développement des ressources humaines.

Le SAI participe très activement au comité de coordination chargé du suivi du Cadre de référence **en matière d'adoption au Québec**, publié en mai 1994.

En 1997-1998, le SAI a accueilli des délégations étrangères responsables de l'adoption en provenance de la Chine, du Mexique, de la Russie et de Taïwan. Par ailleurs, il a effectué des missions au Mexique, à Haïti et en Russie. Ces voyages ont permis de raffermir les liens avec les autorités et les personnes responsables de l'adoption dans les pays visités et de mieux saisir toutes les dimensions du travail réalisé par les organismes agréés œuvrant dans ces pays.

Finalement, le SAI a émis, au cours de l'année financière 1997-1998, 848 autorisations de projets d'adoption internationale pour des enfants provenant de 37 pays, dont les 5 principaux sont : la Chine (404), Haïti (110), la Roumanie (54), la Russie (54) et le Viêt Nam (49). Bien qu'on puisse s'attendre à des variations aléatoires du nombre d'adoptions d'une année à l'autre, la diminution du volume d'adoptions par rapport à l'année précédente peut s'expliquer principalement par un resserrement des critères d'éligibilité à l'adoption de la part de la Chine et par l'arrêt, pour une période de deux mois, des procédures d'adoption par la Roumanie.

En janvier 1998, M<sup>me</sup> Christine Colin est entrée en fonction à titre de nouvelle directrice générale du SAI.

## 1.6. L'expertise

En 1997-1998, le Ministère a regroupé des équipes de spécialistes à l'intérieur de la Direction supérieure.

### 1.6.1. L'organisation clinique

Les groupes d'experts en organisation clinique ont le mandat d'assister le Ministère dans le processus de transformation du système de santé et de services sociaux.

#### Services à la jeunesse

En janvier 1998, un groupe d'experts a été mis sur pied dans le but précis d'analyser les causes liées aux problèmes d'accessibilité et de listes d'attente en ce qui a trait aux services offerts aux jeunes en difficulté d'adaptation. Pour ce faire, les membres du groupe ont travaillé conjointement avec les régies régionales et les établissements responsables de fournir les services en question. Au delà de 300 représentantes et représentants des services à la jeunesse ont été rencontrés à l'occasion des visites effectuées dans seize régions du Québec. De l'état de la situation qui a été dressé découlera un plan d'action visant à assurer, à court terme, les conditions d'accessibilité et de continuité des services dans chacune des régions visées.

#### Centres hospitaliers

Depuis l'automne 1997, un groupe de travail composé de médecins et d'infirmières de différents établissements se penche sur la mise au point d'un modèle d'organisation des services hospitaliers en l'an 2000. Entre autres actions, le groupe prévoit déposer au Ministère, en septembre 1998, un avis sur les projets de création de centres de soins et de services ambulatoires hospitaliers, lesquels centres offriront des services cliniques spécialisés et ultraspecialisés.

À quelques reprises, ce groupe a contribué au processus de réorganisation des services cliniques médicaux et chirurgicaux dans des centres hospitaliers qui révisaient leur structure de fonctionnement à la suite d'une fusion ou d'un regroupement administratif.

#### Centres locaux de services communautaires

En mai 1997, un groupe d'experts chargé d'évaluer les conséquences du virage ambulatoire sur les CLSC de la province amorçait ses activités. Ce groupe avait notamment comme mandat de mesurer la capacité des CLSC à réorganiser leurs activités afin de fournir les soins et les services aux personnes dont le séjour en milieu hospitalier est écourté. De même, il devait évaluer la contribution des CLSC quant à l'uti-

lisation, en dernier recours, de l'hospitalisation, de l'hébergement des personnes âgées, de l'institutionnalisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale et du placement des enfants et des adolescents et adolescentes. En plus d'avoir créé des instruments de mesure, le groupe a rencontré le personnel professionnel de la santé et visité tous les CLSC de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et quelques CLSC de la région de Montréal-Centre. Des plans d'action ont été préparés pour chacun des CLSC et complétés par un plan régional. Dans la poursuite de son mandat, le groupe commençait, en mars 1998, la visite des CLSC de la région de Laval.

### **1.6.2. Les urgences**

En collaboration avec l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ), le Groupe tactique d'intervention (GTI) a produit un document qui trace un portrait sommaire de l'évolution de la situation dans les urgences de la province depuis 1990, détermine les causes de l'engorgement et clarifie les mesures à instituer pour en régulariser le fonctionnement. *Les urgences au Québec. Bilan, perspectives et normes* a donc été publié par le Ministère.

En outre, le GTI a été fortement sollicité au cours de l'année 1997-1998 pour appuyer les régions régionales dans l'intensification des actions relatives au rendement des urgences de plusieurs centres hospitaliers. Par ailleurs, la comparaison des bilans annuels démontre que les urgences ont maintenu, au cours des mois de mars et d'avril 1998, un niveau d'efficacité jamais atteint depuis 1990. Ce résultat n'est pas négligeable vu les difficultés engendrées par la crise du verglas dans les urgences de plusieurs régions du Québec en janvier et février 1998.

Le GTI a continué de promouvoir l'utilisation de moyens permettant de jauger la pertinence des admissions et des séjours hospitaliers. A ce sujet, une revue de la littérature a été effectuée afin d'y glaner l'information susceptible d'aider à bonifier la situation dans ce domaine.

Au cours du dernier exercice financier, le GTI a participé à la consultation sur les orientations ministérielles en santé mentale, et il a été également invité à assister quelques régions régionales dans la transformation des services de santé mentale.

### **1.6.3. L'accès aux services chirurgicaux**

Depuis l'automne 1995, le Groupe de soutien à

veillance continue pour réduire les listes d'attente. Plus particulièrement, des efforts ont été entrepris afin de réduire les délais dans les spécialités où l'accessibilité est la plus problématique : la cardiologie

tertiaire, l'orthopédie pour les prothèses de la hanche et du genou, l'ophtalmologie pour les cataractes, la neurochirurgie du dos et la radio-oncologie. De concert avec les régions régionales, le groupe repère les centres hospitaliers aux prises avec des problèmes d'accessibilité, étudie l'origine des problèmes et suggère des actions pour améliorer ces services aux usagers et usagères.

De plus, le soutien du groupe contribue à améliorer le fonctionnement et l'efficacité des blocs opératoires des centres hospitaliers. Ainsi, au cours de l'année 1997-1998, le groupe a visité des centres hospitaliers dans les régions de la Montérégie et des Laurentides afin d'assister les gestionnaires et leur personnel dans la mise en œuvre de nouveaux plans d'intervention visant une utilisation optimale des blocs opératoires et des services liés à la chirurgie.

## 2. La planification et l'évaluation

La Direction générale de la planification et de l'évaluation (DGPE) a pour mandat :

- de dégager des priorités, de proposer des objectifs en matière de santé et de bien-être ainsi que des paramètres généraux d'organisation et de répartition des ressources, et de formuler des orientations, des politiques et des plans d'action permettant d'atteindre les objectifs retenus ;
- de suivre l'évolution des principaux paramètres du système sociosanitaire de produire et de traiter, aux fins d'analyse comparative, l'information statistique sur la population ;
- de concevoir les indicateurs nécessaires au suivi de gestion, à l'analyse de rendement et à l'évaluation du degré d'atteinte des résultats ;
- de produire des analyses et des outils d'aide à la prise de décision stratégique pour l'ensemble des fonctions de « régulation » du Ministère, et d'évaluer les politiques, les stratégies, les programmes ainsi que la couverture des services ;
- de veiller à l'orientation et à la coordination de la recherche dans le champ d'intervention du Ministère ;
- de veiller à l'équité inter-régionale dans l'allocation des ressources ;
- de fournir les services de documentation et d'administrer les activités afférentes à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, à la Loi sur les archives et à la Charte de la langue française ;
- de coordonner, jusqu'en 1998, l'implantation de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes.

La DGPE joue également un rôle de soutien à l'action auprès des autres directions générales. Ses objectifs sont les suivants :

- permettre à l'ensemble des directions du Ministère de connaître et de pouvoir utiliser les instruments courants de planification et d'évaluation de façon à soutenir la prise de décision avec les éléments stratégiques les plus pertinents ;
- documenter les phénomènes et les problèmes auxquels le Québec est susceptible d'être confronté, à moyen et à long terme, en matière de santé et de services sociaux, afin d'adapter les orientations en conséquence ;

- favoriser une compréhension intégrée de l'ensemble des facteurs qui permettent d'assurer et de maintenir la cohérence à l'intérieur du système de santé et de services sociaux ;
- suivre les développements les plus significatifs sur le plan des connaissances pour en assurer la diffusion auprès des autorités en cause.

### 2.1. La planification stratégique

La DGPE est un lieu de développement et d'intégration des grandes orientations du système. En analysant les différents phénomènes qui marquent l'évolution du système de santé et de services sociaux, elle alimente les processus de prise de décision au sein du Ministère et participe à la définition des priorités gouvernementales. Elle propose les stratégies qui apparaissent les plus appropriées tant pour l'organisation des services que pour l'action intersectorielle.

En dégagant les tendances les plus significatives en matière d'offre de services et celles susceptibles d'assurer une prise en compte adéquate quand à l'évolution des besoins de la population, la DGPE contribue au développement de la perspective appelée à alimenter l'adaptation constante du système au cours des prochaines années.

Maintenant que le travail de planification stratégique et d'analyse prospective est démarré, grâce à des travaux qui ont cherché à circonscrire différents phénomènes porteurs de changements, c'est dans cette même perspective qu'il faut situer les analyses qui seront effectuées au regard de la décentralisation, de la définition d'une nouvelle territorialité et de la responsabilité de la population. Par ailleurs, la définition de l'accessibilité aux services selon les territoires local, régional ou national, leur intégration par niveau ainsi que l'articulation entre ces niveaux ont servi directement à la formulation des orientations ministérielles en matière de services à la population. Enfin, la transformation accélérée du réseau de la santé et des services sociaux a mis en évidence des tendances importantes qui ont été décrites, en première analyse, comme des modifications significatives dans les rapports entre les différents types de producteurs de services.

En 1997-1998, en plus de la préparation du plan stratégique du Ministère, la DGPE a notamment pris en charge le dossier ministériel de l'économie sociale, la gestion du programme d'aide domestique (PEFSAD), la réalisation conjointe du plan

que gouvernemental, la révision du rôle des organismes du gouvernement (rapport Facal) et la coordination de la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (projet de loi 404).

## **2.2. Les politiques**

### **Cancer**

Le Ministère procédait en avril dernier au lancement du Programme québécois de lutte contre le cancer, tel que le recommandait le rapport du Comité consultatif sur le cancer.

Le programme, qui intègre à la fois des mesures allant de la promotion de la santé aux soins palliatifs, propose la création d'un réseau de lutte contre le cancer. Il privilégie la concentration de l'expertise dans quelques centres et mise sur la création, ou la consolidation dans certains cas, d'équipes interdisciplinaires reliées par des corridors de services et des moyens de communication mettant à profit de nouvelles technologies.

La mise en œuvre d'un tel programme fera appel à la collaboration des principaux intervenants et intervenantes du réseau ainsi qu'aux partenaires du Ministère tant sur le plan local et régional que sur le plan national.

Pour aider à l'implantation du programme et contribuer à faire évoluer les stratégies de lutte contre le cancer, le Ministère mettra sur pied le Conseil québécois de lutte contre le cancer qui aura également pour mandat de lui fournir des avis en la matière. Le conseil sera composé de médecins cliniciens, chercheuses et chercheurs, gestionnaires provenant des divers champs d'intervention en oncologie. Un secrétariat permanent sera assuré par le Ministère.

En se dotant ainsi d'un programme intégré de lutte contre le cancer, le Québec s'est inscrit dans une nouvelle perspective en voie d'être adoptée par plusieurs pays industrialisés.

### **Santé mentale**

En décembre 1997, le ministre faisait adopter la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Cette loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 1998.

Les régions régionales ont été mandatées pour appuyer sa mise en œuvre, en particulier en identifiant les mandataires responsables d'offrir les services de crise et en rédigeant des ententes entre ces services et les corps policiers locaux. De plus, des cours de formation ont été organisés pour renseigner les usagères et les usagers, les familles, les intervenantes et les intervenants du réseau ainsi que les gestionnaires en santé mentale sur le contenu de cette nouvelle loi. Les

agentes et les agents de la paix ont également été informés par le ministère de la Sécurité publique des nouveaux mandats qui leur étaient confiés en vertu de cette loi.

En matière de planification organisationnelle, le Ministère a continué sa consultation sur le document publié en avril 1997 sous le titre *Orientations sur la transformation du réseau des services en santé mentale*. Les principaux organismes et groupes nationaux ont ainsi été invités à donner leur avis sur les orientations préconisées. Une quarantaine d'organisations ont répondu à cette invitation ainsi qu'une quinzaine de groupes. Enfin, des rencontres de travail, réunissant des personnes désignées par chaque région régionale ont permis d'amorcer des discussions sur la concrétisation de ces orientations.

Pour la plupart des organismes rencontrés, l'utilité d'une réorganisation des services s'impose et le temps est venu en effet de passer à l'action. Bien que cet appui aux objectifs de réorganisation proposés englobe la plupart des orientations et des conditions de succès proposées par le Ministère, plusieurs personnes ont demandé à recevoir plus de précisions sur le sujet et elles ont exprimé le souhait également de voir le processus de réorganisation s'enrichir de nouveaux éléments.

C'est dans cette perspective et en tenant compte de l'ensemble des propositions ressortant de la consultation que des travaux de préparation d'un plan d'action en santé mentale sont en voie d'être complétés. L'échéance prévue pour la publication du plan d'action est l'automne 1998.

### **Jeunesse, enfance et famille**

Une première analyse des plans régionaux de mise en œuvre du *Plan d'action pour le secteur des jeunes contrevenants* a mis en lumière le degré d'engagement de chacune des régions sur cette question et a permis au Ministère de dégager des priorités pour l'avenir immédiat. En outre, il s'est engagé dans la préparation de matériel d'encadrement clinique substantiel en entreprenant une nouvelle mise à jour du manuel de référence sur la Loi sur les jeunes contrevenants ainsi que la rédaction d'un guide de pratique en probation.

L'évolution de la jurisprudence, du savoir et des pratiques a rendu nécessaire la révision du Manuel de référence sur la Loi sur la protection de la jeunesse. Des travaux en ce sens ayant été effectués durant l'année, le document a été par la suite diffusé dans les régions régionales à l'intention des personnes qui travaillent dans ce domaine. Un guide d'information sera également diffusé à l'automne 1998 dans les régions régionales.

Par ailleurs, le ministre a mandaté un comité de travail pour analyser la situation des enfants, des jeunes et de leur famille. Ce comité doit aussi se prononcer sur la capacité du réseau à répondre aux besoins de ces derniers et proposer un plan établissant les priorités d'action pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services. Ce plan renfermera des mesures visant à soutenir la concertation et la collaboration entre les différents partenaires et il permettra d'offrir une vision plus complète de l'organisation améliorée des services à la jeunesse. Le rapport du comité sera déposé à l'automne 1998.

### Personnes âgées

Depuis l'été 1997, le Ministère a entrepris des travaux destinés à doter le réseau de lignes directrices à l'égard des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. De telles orientations doivent permettre d'assurer la cohérence des différentes mesures qui seront adoptées dans ce secteur au cours des années à venir et de mieux organiser les services. Ces lignes directrices sont nécessaires à la fois pour tenir compte des besoins en la matière, mais également pour offrir une perspective d'avenir permettant d'ajuster la réponse du réseau en fonction de l'évolution de ces besoins qui vont en s'accroissant.

Trois grands enjeux tissent la toile de fond des prises de décision, soit : la nature des services à offrir ; l'ampleur de l'offre de services et leur mode de financement ; le contrôle de la qualité des services.

### Toxicomanie

En 1997-1998, la DGPE accordait priorité à la mise au point d'une stratégie d'action en toxicomanie. Un document préparatoire, conçu à partir d'un corpus de connaissances tiré des recherches des dernières années, a été soumis à des groupes de discussion formés de personnes issues des divers milieux de la toxicomanie afin d'en valider le contenu et les propositions d'action. La stratégie d'action proposera à l'ensemble du réseau sociosanitaire et aux partenaires des autres secteurs des lignes directrices pour les trois prochaines années en vue d'améliorer l'accessibilité, la qualité et le continuum des services.

### Déficiência intellectuelle

Le comité consultatif, constitué des représentants et des représentants des principaux organismes en cause, a poursuivi ses travaux de préparation de la politique intitulée ***Pour mieux comprendre la différence, une étude sur les besoins des personnes ayant une déficiencia intellectuelle et sur ceux de leurs proches***. Le comité a notamment effectué l'analyse de la situation quant à l'implantation des orientations minis-

térielles de 1988 à l'égard des personnes présentant ce type de déficiencia.

Au cours de l'automne 1998, ce projet de politique sera soumis à la consultation du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes représentant les usagères et usagers en cause ainsi que d'autres réseaux de services publics et communautaires. Cette politique fournira le cadre nécessaire à la mise en place d'un réseau de services intégrés destinés à ces usagères et usagers dans chacune des régions du Québec.

### Adoption, post-adoption et retrouvailles

Afin de déterminer si les règles régissant la confidentialité en matière d'adoption reflètent toujours le consensus social, un comité de travail a été formé pour étudier la législation actuelle à cet égard et proposer d'éventuelles modifications. Le dépôt du rapport est prévu pour l'été 1998.

En outre, le même comité se penchera sur l'organisation des services, sur la façon dont ils sont présentement offerts, et il déterminera les conséquences susceptibles de découler de l'adoption des modifications proposées. Ce rapport sera produit en 1999.

### Médicament et régime d'assurance médicaments

Le suivi du régime général d'assurance médicaments, mis en place en janvier 1997, s'est surtout concrétisé par la création du groupe de concertation sur la politique du médicament et la formation d'un comité MSSS-assureurs privés-RAMQ. Des travaux ont été amorcés en vue de la préparation d'une politique du médicament et de la révision de la Loi sur l'assurance-médicaments prévue pour 1999.

En ce qui a trait aux autres activités tenues en 1997-1998 en rapport avec cette question du médicament, notons la représentation du Ministère aux séances du Conseil consultatif de pharmacologie et sa participation aux travaux du Comité fédéral-provincial-territorial sur les questions pharmaceutiques, ainsi que sa représentation à la Table de concertation Pharmavision regroupant notamment des gens de l'industrie pharmaceutique et du ministère de l'Industrie, du Commerce, des Sciences et de la Technologie.

### Médecine génétique

Au cours des prochaines années le domaine de la génétique humaine connaîtra un essor important quant à la compréhension d'un grand nombre de problèmes de santé. Toutefois, les recherches et les nouveaux domaines d'intervention en génétique qui sous-tendent cet essor remettent en cause le droit de la personne et

l'éthique biomédicale. La génétique humaine, qui recèle de grandes promesses, comporte également des possibilités inquiétantes : sélection, eugénisme, discrimination. Le développement spectaculaire de la génétique humaine soulève donc d'importantes questions éthiques et juridiques.

Dans ce contexte, le Ministère a entrepris la rédaction d'un document d'orientation ministérielle sur la génétique humaine, conçu en collaboration avec ses divers partenaires et tenant compte de la dimension éthique et juridique. Ces travaux devraient se terminer au cours du printemps 1999.

### **2.3. Les orientations en matière d'organisation des ressources**

#### **Réseau universitaire**

En 1997-1998, plusieurs réalisations ont marqué l'évolution du réseau universitaire :

- le 18 juin 1997, à Montréal, le premier séminaire ministériel sur le développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur social donne l'occasion à plus de 80 personnes de se réunir et de dresser le bilan ainsi que les perspectives de leurs actions communes ;
- le 19 juin 1997, dans le contexte de la poursuite des travaux de planification du futur centre hospitalier universitaire CHU-McGill, un protocole d'entente est signé en vue de créer le Centre universitaire de santé McGill. Ont participé à ce protocole l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital Royal Victoria, l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital neurologique de Montréal, l'Université McGill, le ministre et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre ;
- le 11 septembre 1997, un rapport d'étape sur l'évaluation des demandes de reconnaissance de CLSC au titre de centre affilié universitaire est remis au ministre, à l'occasion du premier appel de candidatures ;
- le 1<sup>er</sup> octobre 1997, le ministre désigne institut universitaire l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, nouvel établissement issu de la fusion du centre François-Charon, du centre Cardinal-Villeneuve, du centre Louis-Hébert et du centre Dominique-Tremblay ;
- le 24 octobre 1997, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, anciennement le Centre hospitalier Côte-des-Neiges, est désigné, par le ministre, institut universitaire dans le domaine de la gériatrie ;

- le 4 novembre 1997, le ministre désigne l'Institut de cardiologie de Montréal institut universitaire dans les domaines de la médecine vasculaire et de la cardiologie ;
- le 5 novembre 1997, le ministre annonce deux nouveaux appels de candidatures de CLSC au titre de centre affilié universitaire ;
- le 12 février 1998, à la suite d'un avis portant sur la reconduction des désignations des centres reconnus comme instituts universitaires, conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministre prolonge de deux ans les périodes de validité de désignation de ces centres et fait part de nouveaux critères de désignation.

Enfin, les travaux et les discussions sur les plans de pratique dans les établissements désignés centres hospitaliers universitaires se poursuivent. La mise en place de ces plans de pratique constitue la clé de voûte de la consolidation des centres hospitaliers désignés.

#### **Virage ambulatoire en santé physique**

Afin d'éclairer les intervenantes et les intervenants du réseau sur les différentes dimensions du nouveau contexte de travail imposé par la transformation du système de santé et de services sociaux et de guider la planification des futurs services, un groupe de travail intraministériel, sous la responsabilité de la Direction de la planification, a déterminé les enjeux et dégagé les perspectives du virage ambulatoire en santé physique. À cette fin, un comité consultatif a été mandaté pour prévoir des dispositions permettant d'assurer l'accessibilité, l'équité et le financement des médicaments, des fournitures et des services pharmaceutiques nécessaires aux usagers et usagères pour leurs traitements ambulatoires et l'administration de leurs médicaments à domicile, en CLSC et en centre hospitalier. Dès l'automne 1998, ce comité poursuivra les travaux amorcés en février 1997 et visant à harmoniser, entre les différents dispensateurs des services ambulatoires, la portée du régime d'assurance hospitalisation.

En matière de périnatalité, le virage ambulatoire s'est traduit par l'instauration, dans plusieurs centres de naissance du Québec, d'un programme de congé précoce. Celui-ci semble être une option intéressante, d'abord pour les parents qui désirent se retrouver en famille rapidement après la venue du nouveau-né, ensuite pour le centre de naissance qui y trouve une occasion d'offrir de façon plus économique un service dont la qualité est accrue par un meilleur suivi à domicile.

Pour que l'ensemble des partenaires du réseau, les familles et les nouveau-nés bénéficient vraiment

de la mise en place d'un programme de congé précoce en périnatalité, des conditions préalables sont essentielles pour favoriser la continuité des soins et faciliter un congé harmonieux. Si elles sont respectées, la réduction du séjour augmente la qualité de la continuité des soins ; elle permet également d'établir des contacts importants avec des patientes susceptibles d'être davantage vulnérables. Finalement, ces préalables assureront la qualité des soins, des services et du suivi.

Le Ministère a préparé un document énonçant et expliquant ces préalables, auquel s'ajoute un deuxième document dressant le portrait de la situation quant aux soins offerts en périnatalité dans le contexte du virage ambulatoire; l'un et l'autre ont été déposés dans les régies régionales. À partir de leur contenu, un travail devrait s'amorcer avec les régies pour faciliter la mise en place de services appropriés.

### **Ressources intermédiaires**

Le Ministère a adopté en cours d'année un cadre de référence devant régir les ressources intermédiaires, lequel fait suite à des travaux menés par un comité composé de représentantes et de représentants d'organisations touchées par ce type de ressources. Sa mise en application suppose des amendements législatifs et des modifications importantes relativement à l'organisation des services.

Sur le plan légal, les dispositions nécessaires ont été introduites dans le projet de loi 404 présenté à l'Assemblée nationale en décembre 1997 et qui deviendra la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. En parallèle, des travaux ont été amorcés sur le plan administratif avec les principaux partenaires intéressés (ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Curateur public, régies régionales) afin de permettre son application prévue pour le 1<sup>er</sup> avril 1999. Enfin, les groupes ou associations visés par les dispositions de ce cadre de référence ont été informés de ses principaux effets.

### **Chèque emploi-service**

À la suite de la décision du gouvernement d'instaurer le chèque emploi-service comme modalité de gestion de l'allocation financière versée dans le cadre du programme d'allocation directe, le Ministère a défini les modalités de gestion du chèque et a entrepris sa mise en œuvre dans chaque CLSC du Québec. Afin de s'assurer du bon fonctionnement de ce mécanisme, une phase expérimentale de quelques mois dans trois CLSC a précédé la phase d'implantation qui a débuté en janvier 1998. La prochaine année permettra de consolider la mise en place et le fonctionnement du chèque emploi-service par allocation

directe pour les services d'aide à domicile et de déterminer les améliorations à apporter.

### **Contribution financière pour les enfants hébergés**

En août 1997, le Ministère faisait adopter une modification réglementaire de façon à ce que les paramètres de la contribution financière minimale exigée pour les enfants hébergés ne soient pas affectés par la mise en vigueur du nouveau régime d'allocations familiales.

Par la suite, le Ministère a formé un comité chargé de réviser la Politique de contribution financière des enfants hébergés en collaboration avec le réseau et les centres jeunesse. Un document de travail sur les éléments destinés à modifier la politique ou le règlement afférent est en voie de préparation. Il conduira à la mise à jour du programme en fonction des politiques sociales actuelles et des orientations dans le domaine des services aux jeunes.

## **2.4. Les normes et les standards d'allocation et d'organisation des ressources**

### **Équité interrégionale**

La démarche d'équité interrégionale vise la réduction des écarts en ce qui a trait à l'accès aux services pour la population de chacune des régions. L'objectif est d'assurer à toutes et à tous une accessibilité optimale à l'ensemble des services nécessaires dans un contexte de décentralisation où chaque régie régionale a la responsabilité d'assurer à la population de son territoire cette accessibilité, et ce, à même son enveloppe budgétaire.

La recherche de l'équité s'appuie sur la définition d'une enveloppe globale par région correspondant à l'ensemble des services nécessaires aux besoins de la population, incluant les services médicaux, mais excluant les services ultraspécialisés ou à vocation nationale, et calculée à partir de la population pondérée par un indice de besoins (âge, sexe, etc.) et un coût de production des services.

Cette démarche implique la mise en place progressive de mécanismes innovateurs de gestion et de collaboration inter-régionale efficaces et efficients ainsi qu'un transfert de responsabilité des régions productrices vers les régions consommatrices, notamment pour les services qui devraient être accessibles localement. Un comité stratégique conjoint MSSS-régies relevant du Comité de concertation MSSS-régies est chargé de voir au bon déroulement de la démarche.

La plupart des travaux ont été menés pendant l'exercice financier 1997-1998. Ils touchent notamment :



- le concept de capitation
- l'indicateur global de besoins ;
- l'évaluation des coûts différenciés de production ;
- l'évaluation des coûts liés à la mobilité des usagers et usagers ;
- l'évaluation des coûts de l'héritage asilaire ;
- la problématique des régions nordiques ;
- une première estimation du coût des services à vocation nationale.

Pour l'exercice financier 1997-1998, une partie de la nouvelle allocation interrégionale s'est effectuée à partir de cette approche (20 000 000 \$ sur 70 000 000 \$). Les régions déficitaires ont obtenu des crédits additionnels, tandis que les régions nordiques se sont partagées 5 000 000 \$.

### **Services ultraspécialisés ou à vocation nationale**

Tous les Québécois et Québécoises doivent avoir accès à l'ensemble des services de santé. Toutefois, en raison de la nature de ces services et d'une population restreinte, certains services ultraspécialisés ou à vocation nationale ne sont disponibles que dans quelques régions.

Ces services seront éventuellement gérés selon des modalités différentes à partir d'une enveloppe budgétaire nationale. Cela afin de maintenir l'équité dans l'accessibilité à ces services, d'offrir des services de qualité avec un degré optimal d'efficacité, de permettre une concentration d'expertise de pointe, une planification et un développement intégrés ; la démarche vise également à permettre un financement équitable et approprié de ces services en même temps que le contrôle des coûts. La DGPE a procédé à une nouvelle collecte d'information en 1997, avec la collaboration des centres hospitaliers universitaires et des régions régionales, afin de revoir la liste des services considérés comme nationaux à partir de critères particuliers.

### **Services de traumatologie**

Tel qu'on l'a prévu à l'occasion de la mise en place du système intégré de soins en traumatologie, un suivi des établissements désignés a été amorcé par le Groupe-conseil en traumatologie. Le rendement de ces établissements est ainsi analysé sous l'angle de la nature et de la qualité des services offerts aux usagers et usagers qui ont recours à la traumatologie. Par ailleurs, compte tenu du contexte de la transformation du réseau, le groupe-conseil examine également s'il est toujours pertinent de maintenir les désignations actuelles. La phase d'implantation étant terminée, les efforts en traumatologie portent actuellement sur

l'amélioration continue des services ainsi que sur l'enseignement et la recherche.

Une banque de données, « le registre des traumatismes », est actuellement opérationnelle dans la majorité des centres de traumatologie. Comportant plus de 30 000 inscriptions, cette banque est devenue un outil fort utilisé à l'intérieur du processus d'assurance de la qualité en traumatologie.

À l'occasion de la mise en place du réseau de services en traumatologie, un continuum de services a été défini pour les personnes ayant subi une blessure à la moelle épinière. Ainsi, en juin 1997, le ministre désignait deux consortiums d'établissements pour leur offrir les services en phase aiguë. Situés à Montréal et à Québec, ces consortiums ont également la responsabilité de soutenir les régions afin de faciliter le retour des blessés médullaires dans leur milieu de vie.

La dynamique créée par la mise en place de ce nouveau modèle de services devrait permettre de donner sous peu des résultats comparables à ceux atteints par les organisations de haut niveau ailleurs dans le monde. Elle devrait aussi alimenter la réflexion pour assurer une meilleure intégration des services offerts par divers types d'établissements.

Satisfait de l'expérience de mise en place du continuum de services pour blessés médullaires, le Ministère a décidé de reproduire le modèle en l'adaptant aux besoins particuliers des victimes d'un traumatisme craniocérébral. Afin de réaliser ce mandat, le Ministère a constitué un groupe de travail temporaire, composé de représentantes et de représentants de la Fédération de la réadaptation en déficience physique du Québec, de l'Association des hôpitaux du Québec, de la Société de l'assurance automobile du Québec, de la Conférence des régions régionales et du Ministère. Il est prévu que l'offre de services ainsi révisée s'étendra à l'ensemble du territoire québécois pour le 1<sup>er</sup> avril 2000.

### **Transfert des programmes d'aides techniques**

Une démarche ministérielle a été enclenchée afin que se concrétise la décision du Conseil des ministres portant sur l'instauration et la modification de programmes d'aides techniques de la RAMQ et du Ministère, incluant le transfert du Programme d'aide matérielle de l'OPHQ portant sur les aides techniques pour les personnes ayant une déficience motrice, organique ou de la parole. L'objectif de la démarche vise à harmoniser les programmes et à répondre aux besoins des personnes handicapées.

En vue d'atteindre cet objectif et d'implanter ces programmes dans toutes les régions du Québec, plusieurs guides de gestion pour les équipements médi-

Caux spécialisés à domicile (oxygénothérapie, ventilothérapie et hémodialyse à domicile), les chaussures orthopédiques, les aides à la communication, les aides à la vie quotidienne et à la vie domestique et les aides pour les fonctions d'élimination ont été rédigés ou sont en voie de l'être, facilitant ainsi la planification de l'organisation des services par les régions régionales. La date de transfert des programmes a été fixée au 1er octobre 1998.

## Technologie biomédicale

Dans le domaine de la technologie biomédicale, plusieurs dossiers ont retenu l'attention du Ministère en 1997-1998, notamment au regard du développement et de l'amélioration de l'équipement médical spécialisé, de l'équipement médical lié à l'arrivée des médecins, de la technologie biomédicale de pointe et du maintien de l'amaïn-d'œuvre médicale dans les régions éloignées. Le Ministère a injecté, par l'entremise de son Programme d'investissements en haute technologie, une somme de 5 000 000 \$ afin de doter les établissements des équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

D'autres secteurs ont fait l'objet d'une attention particulière, soit la cardiologie tertiaire, le dépistage du cancer du sein, la radiothérapie, la neurochirurgie, la télémédecine, les laboratoires et les besoins en lits de courte durée.

## 2.5. Les études évaluatives et la recherche

### Statistiques et indicateurs

Des efforts constants ont été fournis pour améliorer la qualité des renseignements de certaines bases de données destinées au monitoring global du système sociosanitaire et pour les mettre à jour. Notons, entre autres mesures, le découpage territorial, les recensements canadiens, le système d'information financière et opérationnelle (SIFO), les données démographiques, les dépenses gouvernementales pour la mission « Santé et Services sociaux », les comparaisons interprovinciales et internationales, les statistiques sur les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire (SERHUM), les statistiques sur l'utilisation des services du réseau (STATEVO), ainsi que les bassins de desserte des centres hospitaliers.

Deux nouveaux bulletins d'information ont vu le jour, soit l'**Info-Bats**, présentant certaines statistiques sur les lits dressés et les places internes ainsi que sur les admissions et les durées de séjour dans le réseau sociosanitaire québécois, et l'**Info-Contour** qui présente le contour financier des « programmes clientèles » du Ministère. Par ailleurs, de nouveaux numéros des bulletins **Info-Pop**, **Info-Sifo** et **Info-Sérhum** ont été publiés au cours de l'année 1997-1998.

De plus, le secteur de l'analyse statistique a pris part à la concrétisation d'un projet France-Québec en participant à la recherche, à la rédaction et à la publication d'un document intitulé **Indicateurs socio-sanitaires : comparaisons internationales, évolution 1980-1994**. Ce recueil statistique de référence établit des comparaisons entre l'Allemagne, le Canada, les États-Unis, la France, le Québec et le Royaume-Uni en ce qui concerne les principaux aspects des systèmes de santé de chacun de ces pays.

Enfin, le secteur de l'analyse statistique a eu la responsabilité de mettre à jour la section « Indicateurs et statistiques » du site Internet du Ministère. De nombreuses informations statistiques récentes décrivant les principales composantes du système sociosanitaire québécois y apparaissent, ainsi que le contenu des bulletins d'information parus récemment.

Différents travaux ont été réalisés pour améliorer l'instrumentation nécessaire à la géomatique socioéconomique et montrer ses multiples applications dans le domaine sociosanitaire. Par exemple, le document **Cartographie des établissements du réseau de la santé et des services sociaux** (octobre 1997) a servi de référence à l'occasion de la tournée régionale du ministre.

### Mise en place d'indicateurs

Le service du développement d'indicateurs conçoit et produit des indicateurs permettant de suivre l'évolution de la situation (sur la base de résultats) au regard des objectifs du Ministère. En 1997-1998, en ce qui a trait au rendement hospitalier, les témoignages à la Commission parlementaire sur l'administration publique ont permis de faire valoir l'outillage conçu à cette fin par le Ministère et de promouvoir d'autres améliorations en cours. Une campagne de formation, à l'intention du personnel du réseau, a contribué à favoriser la compréhension et l'utilisation des DRG (Diagnosis Related Groups) et des indicateurs afférents de mesure du rendement hospitalier tandis que la banque de données « Explorateur APR-DRG » (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) a été rendue accessible à tous les établissements hospitaliers. D'autres travaux plus en amont se sont attaqués au choix et à la mise en œuvre d'une nouvelle classification des maladies (CIM-100) et des interventions médicales. La publication des documents suivants a également contribué à nourrir la réflexion quant à l'accessibilité aux services hospitaliers, à savoir : **Développement et validation d'un indicateur d'accessibilité géographique aux ressources hospitalières** et **Facteurs explicatifs des variations territoriales du recours à l'hospitalisation**.

Le suivi de la transformation du réseau a continué de faire l'objet de mises à jour et de mises en place de nouveaux indicateurs.

Les services offerts en CLSC ont pu être décrits grâce à des portraits particuliers tirés d'une banque de données colligées auprès de 110 CLSC qui ont répondu à la demande d'alimentation de cette banque.

De nombreux travaux ont été également effectués à l'occasion de la mise en place, du déploiement ou de la consolidation des systèmes d'information dans les secteurs des plaintes du public, de la périnatalité, des jeunes et des services aux personnes âgées.

## Évaluation

Le Ministère a assuré la coordination du groupe de travail interministériel chargé d'évaluer la Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Ce mandat a comporté notamment la planification d'une évaluation de la mise en œuvre des mécanismes de concertation intersectorielle instaurés dans les différentes régions du Québec. Rappelons que ce projet est financé conjointement par les ministères et les organismes partenaires. Les travaux ont débuté en mars 1998. Le Ministère a aussi entrepris l'évaluation d'autres mesures sous sa responsabilité en matière de violence conjugale, particulièrement des projets de prévention et de promotion.

Le service téléphonique Info-Santé CLSC - qui offre en tout temps à la population de l'information et des conseils sur toute question de nature sociale ou de santé, et l'oriente au besoin vers les ressources appropriées - a fait l'objet de diverses études évaluatives réalisées en concertation avec les partenaires du réseau. Ces études doivent servir à dresser le bilan des services mis en place depuis 1994, d'observer leur degré de notoriété et d'utilisation, et de mesurer la qualité et l'efficacité des interventions telles qu'elles sont perçues par la clientèle ; elles seront terminées au cours de l'année 1998.

Le Ministère a également entrepris un projet d'évaluation des unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS). Ce projet vise à mieux saisir le modèle organisationnel des UHRESS et à déterminer les adaptations possibles et souhaitables pour ces unités, compte tenu des transformations du réseau sociosanitaire québécois et des enjeux actuels et futurs liés à l'évolution du sida.

Pour ce qui est des personnes âgées, le Ministère a amorcé les travaux relatifs à l'évaluation de son projet-pilote Achat de places d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie. Il a entrepris une étude visant à documenter le sujet et à analyser l'implantation de diverses formules de services d'achat de places (ou formules similaires) au Québec afin de

dégager les questions, les paramètres d'évaluation et les éléments de comparaison nécessaires, pour évaluer, dans une deuxième phase, le projet-pilote québécois.

En matière de santé mentale, une étude intitulée **Organisation des services de santé mentale dans la communauté, enseignements à tirer de la recherche évaluative** a été publiée. Cette étude met en lumière les principales conclusions des recherches évaluatives sur les coûts et les effets sur la santé et la qualité de vie de différents types de services s'adressant aux individus atteints de troubles mentaux graves et persistants. Ce document s'adresse en priorité aux personnes habilitées à prendre des décisions quant aux services offerts.

En matière de toxicomanie, le Ministère a publié **le Guide de pratique pour l'évaluation des programmes, applications en promotion de la santé et en toxicomanie, le Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec** ainsi que le rapport de recherche intitulé **Pour une aide adaptée aux besoins des personnes ayant des problèmes de toxicomanie et de leurs proches**. Il a également soutenu des travaux liés à la mise au point et à la validation d'un instrument permettant de mesurer la gravité de la toxicomanie chez les adolescentes et les adolescents. Le comité consultatif sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie a poursuivi ses travaux afin de dégager les priorités en matière de toxicomanie.

En ce qui concerne la transformation du réseau en santé physique, le Ministère a préparé un plan de travail qui comprend plusieurs projets dont la réalisation nécessite l'utilisation tant des données agrégées et individuelles extraites des fichiers administratifs que des données individuelles provenant d'enquêtes sur le terrain. Au cours de cette année, deux projets ont été achevés et diffusés : l'analyse de l'évolution de la rétention et de l'autosuffisance des régions dans le contexte de la transformation ; l'analyse de la prestation et de l'utilisation des services médicaux hospitaliers et ambulatoires dans l'ensemble du Québec depuis 1990-1991. Trois autres projets sont sur le point d'être diffusés, soit : une analyse régionale de la prestation et de l'utilisation des services hospitaliers et ambulatoires depuis 1990-1991 ; une analyse de l'évolution de la prestation et de l'utilisation de ces services chez des groupes plus vulnérables de la population, et enfin, une analyse de la réadmission hospitalière de personnes souffrant de problèmes respiratoires.

## Recherche

Au cours de l'exercice financier 1997-1998, des études et des analyses sur la connaissance des besoins

actuels de la population québécoise et la prévision de ses besoins futurs se sont poursuivies. A cette fin, des recherches ont été effectuées sur certaines problématiques sociales et de la santé tels les facteurs protecteurs de la petite enfance, les familles et les dynamiques intergénérationnelles, le vieillissement de la population et ses conséquences sur l'état de santé, le financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux.

Des indicateurs sociosanitaires ont également été conçus, mis en place et analysés à l'intérieur de multiples dossiers : le suivi des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être, les grossesses à l'adolescence et les avortements, les données du recensement de 1996, l'enquête Santé Québec de 1998, l'enquête Santé Québec auprès des communautés culturelles, l'enquête Santé Québec sur les limitations d'activités et les indicateurs de besoins en vue de l'allocation régionale des ressources.

Les crédits totaux alloués au programme de recherche du Ministère en 1997-1998 ont été de 63 128 700 \$. De ce montant, le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) s'est vu octroyer 42 009 200 \$, l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM) 8 010 990 \$, le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) 8 009 000 \$, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS) 531 600 \$, et Santé Québec 2 200 000 \$. Les crédits pour les autres activités ont totalisé 2 367 910 \$. Le FRSQ, le CQRS et le CETS sont des organismes relevant du ministre. On trouvera, dans la section du rapport relative à ces organismes, des précisions additionnelles sur leurs activités.

Comme par les années passées, les échanges avec le FRSQ et le CQRS ont été fréquentes. Plusieurs dossiers communs se sont poursuivis avec le Ministère et la participation active d'une personne le représentant aux conseils d'administration des deux organismes a facilité la concertation des efforts en matière de recherche.

Sur le plan des immobilisations, de nombreux projets de construction, d'agrandissement, de réaménagement ou de rénovation des centres et instituts de recherche étaient en cours en 1997-1998 et certains d'entre eux ont été achevés durant cette période.

Par ailleurs, la création d'une banque d'information sur la recherche sociale et en santé subventionnée et conçue par le Québec s'est poursuivie. Le contenu de la banque est accessible au Ministère et aux régions régionales. Il a permis, encore cette année, de répondre à de multiples demandes d'information.

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau Code civil le 1er janvier 1994, tous les projets de recherche effectués auprès des usagères et usagers enfants et adultes

inaptes doivent être soumis au ministre pour approbation. Environ 300 projets ont été analysés et approuvés pendant la période du 1er avril 1997 au 31 mars 1998. De plus, pour donner suite au rapport du comité de spécialistes sur l'évaluation des mécanismes de contrôle en matière de recherche clinique au Québec, une consultation a été menée et le Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique a été préparé. Enfin, des propositions de modification aux dispositions du Code civil du Québec relatives à la protection des personnes mineures et majeures inaptes ont donné lieu à des discussions avec le ministère de la Justice et devront faire l'objet d'un projet de loi.

Plusieurs activités ont été réalisées pour la mise en œuvre et le suivi des objectifs et des orientations du Ministère en recherche, notamment la participation à la préparation d'un plan d'action québécois en science et technologie, la mise en place et la coordination de dispositifs québécois donnant suite à la création, par le gouvernement fédéral, du Fonds d'adaptation des services de santé (FASS), de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) et de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI). Notons également l'établissement de priorités de développement en ce qui a trait aux infrastructures de recherche, ainsi que la préparation d'un cadre de gestion de l'enveloppe nationale de recherche et d'enseignement.

Enfin, le Ministère a participé à plusieurs comités interministériels et extraministériels comportant une dimension de recherche. Il a également maintenu des relations actives avec les organismes de subvention fédéraux et il a participé à plusieurs comités de travail.

## 2.6. La pratique des sages-femmes

Tel qu'il était prévu, en décembre 1997, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes remettait au ministre de la Santé et des Services sociaux et au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, ses recommandations concernant la pratique des sages-femmes.

À leur tour, en mars dernier, ces deux ministères ont soumis leur rapport au gouvernement qui reconnaissait le bien-fondé de la pratique des sages-femmes et recommandait leur intégration dans les services de périnatalité selon les principes suivants :

- préserver et promouvoir la continuité des soins et des services ;
- consolider les services de première ligne ;
- favoriser l'autonomie de la pratique des sages-femmes ;

- planifier, à l'intérieur d'un réseau intégré, des soins et des services en périnatalité ;
- rendre accessible l'accouchement en centre hospitalier et hors centre hospitalier ;
- assurer le financement public des services des sages-femmes.

À la suite de ces recommandations, le projet de loi prolongeant l'effet de certaines dispositions de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes a été préparé pour dépôt et adoption par l'Assemblée nationale au printemps 1998. Cette mesure transitoire permet aux sages-femmes de continuer d'exercer dans les maisons de naissance jusqu'à l'adoption d'une loi sur la pratique des sages-femmes au Québec prévue pour le printemps 1999.

Les mandats du Conseil d'évaluation des projets-pilotes et du Comité d'admission à la pratique des sages-femmes ont été reconduits jusqu'en septembre 1999.

## 2.7. Les organismes communautaires

Le programme Soutien aux organismes communautaires (SOC) s'adresse aux organismes communautaires qui œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux. Les objectifs du programme demeurent les mêmes depuis plusieurs années, à savoir :

- favoriser la reconnaissance et la promotion de l'action communautaire et bénévole ;
- offrir le soutien et l'information nécessaires aux organismes communautaires ;
- apporter une aide financière aux organismes communautaires.

Les régies régionales assument la responsabilité de l'évaluation et de l'attribution des subventions aux organismes communautaires à rayonnement local ou régional. Le Ministère assure, quant à lui, la responsabilité des organismes à rayonnement national, des organismes qui exercent des activités répondant à des besoins nouveaux et des regroupements nationaux d'organismes communautaires de la région socio-sanitaire des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

En 1997-1998, les dix-sept régies régionales ont accordé des subventions pour un montant total de 177 942 291 \$ à plus de 2500 organismes communautaires. Il s'agit d'une augmentation de plus de 22 % par rapport à l'année précédente. Les plans de transformation du réseau de la santé et des services sociaux s'avèrent donc très positifs pour l'ensemble des organismes communautaires. De son côté, le Ministère a accordé des subventions totalisant 4 252 440 \$, à environ une centaine d'organismes, soit 149 124 \$ de plus que l'année précédente.

Par ailleurs, au cours de l'exercice 1997-1998, le Ministère a poursuivi et achevé plusieurs travaux relatifs à la promotion, à la reconnaissance et à l'harmonisation du programme SOC :

- concertation avec les régies régionales pour favoriser l'équité et la cohérence dans l'application du programme (brochures, formulaires, système informatique, consultations, etc.);
- concertation avec le Secrétariat à l'action communautaire autonome pour l'attribution des subventions et pour la mise en place de la Politique gouvernementale de reconnaissance et de financement des organismes communautaires;
- concertation avec l'OPHQ dans l'attribution des subventions et dans la clarification des responsabilités respectives;
- finalisation des travaux du comité consultatif ministériel de liaison avec les organismes communautaires et bénévoles : dépôt du rapport final au Ministère en septembre 1997 et mise en place des recommandations. Le mandat de ce comité, composé de représentantes et de représentants des organismes communautaires, de la Conférence des régies régionales et du Ministère, consistait à revoir l'ensemble du programme ; le comité devait également définir et harmoniser les principales orientations pour les années à venir ;
- diffusion, par les régies régionales et par le Ministère dans tous les organismes communautaires subventionnés, du document d'orientation *L'évaluation des organismes communautaires et bénévole* publié en septembre 1997.

## 2.8. L'économie sociale

L'année 1997-1998 est la première du nouveau Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique. Ce programme vise à exempter les personnes admissibles d'une partie des frais à déboursier pour obtenir des services d'aide domestique (3,00 \$ de base et 7,00 \$ complémentaires selon la situation financière et la taille du ménage). Cette aide financière aux ménages devait inciter des entreprises, des organismes communautaires, des entreprises privées sans but lucratif et des coopératives à offrir ce genre de services. Le Ministère a confié aux instances régionales - comité bipartite composé de représentantes et représentants des régies régionales et des conseils régionaux de l'économie sociale (CRES) - la responsabilité de reconnaître les entreprises d'économie sociale. La RAMQ a reçu pour sa part le mandat de voir aux réclamations des entreprises quant au paiement des sommes exonérées.

Le travail a été consacré à trois priorités : implanter le programme en question au sein des régies régio-

nales et de la **RAMQ**, aider et soutenir les entreprises intéressées par des budgets de démarrage et réviser les paramètres financiers afin de susciter l'intérêt et l'achalandage. Des actions précises ont été accomplies : informatisation à la **RAMQ**, formation des agents et des agents des instances régionales, coordination régionale, ministérielle et gouvernementale, « ligne directe » pour les cas problèmes en région, le règlement de ceux-ci, et enfin, examen des moyens mis en place, actions qui ont permis un allègement administratif pour la gestion du programme (entreprises, **RAMQ**, ministère du Revenu). On a également accordé des subventions de démarrage et de consolidation, créée des emplois et précisé les règles relatives aux services couverts par le programme. Celui-ci ayant été bonifié, les changements sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1998 ; ainsi, le tarif horaire a été amélioré : 4,00 \$ de base, 6,00 \$ de complément et appui de 2,00 \$ pour les entreprises situées en territoire rural.

Enfin, des démarches ont été effectuées auprès des régies régionales pour qu'elles donnent suite à l'engagement pris au Sommet de l'économie et de l'emploi de soutenir chaque occupant d'un logement offert dans le cadre du programme Accès-logis.

## 2.9. La gestion documentaire

Au cours de l'année 1997-1998, plus de 22 000 demandes (volumes, rapports de recherche, périodiques, dossiers documentaires, banques de données **bibliographiques**, etc.) ont été traitées. Des mesures ont été entreprises pour rendre disponibles sur l'autoroute de l'information la liste des documents nouvellement acquis par le Service de la documentation, la liste des périodiques ainsi que la liste des documents audiovisuels. Une collaboration intensive a été apportée au Regroupement des membres du réseau informatisé des bibliothèques gouvernementales du Québec en vue de rendre son catalogue collectif des publications disponible sur Internet. De plus, le service a participé activement aux travaux du chantier sur l'ingénierie documentaire. Ce chantier, mené dans le contexte du déploiement de l'**inforoute gouvernementale**, est le fruit d'une collaboration étroite entre les gestionnaires de documents du gouvernement du Québec et les spécialistes en technologies de l'information du Secrétariat du Conseil du trésor.

Conformément à la Loi sur les archives et à la Politique gouvernementale en matière de gestion des documents, le service a poursuivi la révision du calendrier de conservation et du plan de classification des documents ainsi que leur implantation progressive au sein des unités administratives. Il a aussi donné suite à plusieurs centaines de demandes liées à la gestion des documents actifs, semi-actifs et inactifs. Enfin, le service a fermé son laboratoire de microphotographie et

a fait l'acquisition d'un système de numérisation des documents.

## Accès à l'information

Au cours de l'exercice financier 1997-1998, le Ministère a traité 446 demandes en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. L'ensemble de ces demandes se répartit comme suit:

- 83 demandes de renseignements généraux et d'avis sur la loi ;
- 47 demandes d'accès à des documents ou à des renseignements personnels ;
- 283 demandes relatives au registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès) ;
- 30 demandes d'accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique ;
- 3 demandes de protocole d'entente pour l'échange de renseignements personnels entre le Ministère et d'autres organismes en vertu de l'article 68 de la loi sur l'accès ; aucune demande n'a été soumise en vertu de l'article 67.

De plus, à l'occasion de la réévaluation quinquennale de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, le responsable ministériel a été appelé à produire divers avis sur les propositions de modifications et sur plusieurs rapports produits par la Commission d'accès à l'information.

## 2.10. L'emploi et la qualité de la langue française

Dans le foulée de la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'administration, le Ministère a préparé et soumis pour avis à l'Office de la langue française un projet de politique linguistique ministérielle.

Tout au cours de l'année écoulée, le mandataire ministériel de l'application de la Charte de la langue française a été engagé dans divers dossiers relatifs, entre autres questions, à la production d'avis sur l'application de la charte et le règlement de plaintes au manquement à la charte.

### 3. La santé publique

La Direction générale de la santé publique (DGSP) a pour mandat :

- de stimuler la mise en œuvre d'interventions efficaces auprès de la population et des systèmes qui l'influencent dans le but de prévenir les problèmes sociaux et les problèmes de santé et d'améliorer, de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être de la population ;
- de développer et de mettre à jour les connaissances sur l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants, d'en assurer la surveillance et d'en informer la population ;
- de définir, de promouvoir et de mettre à jour les  
prévention et à la promotion de la santé et du bien-être, en s'assurant de la mise en œuvre de moyens propres à créer des conditions favorables à la santé et au bien-être ;
- de définir, de promouvoir et de mettre à jour les orientations et les stratégies relatives à la protection de la santé publique et au contrôle des maladies transmises sexuellement (MTS) et du sida et de s'assurer de leur mise en œuvre ;
- de concevoir, de coordonner et de mettre à jour les priorités nationales en santé publique en collaboration avec les partenaires régionaux.

Le mandat principal de la DGSP est de définir et d'actualiser les orientations sectorielles du Ministère en matière de santé publique et d'exercer son leadership dans l'action menée sur les déterminants de la santé et du bien-être.

En vertu de son mandat de promouvoir le développement des connaissances et des pratiques en santé publique, le Ministère a créé au cours de la dernière année l'Institut national de santé publique du Québec.

#### 3.1. L'analyse et la surveillance de la santé et du bien-être de la population

L'analyse et la surveillance de la santé et du bien-être constituent pour le Ministère un outil incontournable de gestion par résultat et de reddition de comptes. Ces opérations consistent à mettre à jour, à suivre et à divulguer un ensemble d'informations sur la santé et le bien-être de la population, informations qui permettent de rendre compte de l'effet des actions menées en la matière auprès des Québécoises et des Québécois. En 1997-1998, la Direction de la santé publique a mis en place, consolidé ou amélioré plusieurs systèmes de surveillance.

#### Suivi et évaluation des priorités nationales de santé publique

La direction a mis en place un plan de suivi faisant suite à la publication des Priorités nationales de santé publique : 1997-2002, dont elle a mis au point les instruments et la méthodologie, cela en concertation avec les régies régionales par l'entremise des directions régionales de santé publique. Cette première opération représente un pas important pour évaluer les résultats de l'action en matière de santé publique. Un portrait de la première année d'implantation sera disponible à l'automne 1998.

#### Surveillance épidémiologique

La direction continue d'assumer l'orientation du Fichier des tumeurs du Québec, ce qui lui demande de surveiller l'incidence et la mortalité par cancer sur une base annuelle, de mettre au point un nouvel outil de gestion de la base de données sur l'incidence, de consolider des échanges d'information avec les autres provinces et Statistique Canada pour s'assurer de l'exhaustivité de la déclaration des cas et contribuer au Fichier canadien sur le cancer, et de produire une analyse intergénérationnelle de la mortalité par cancer au Québec.

La publication récente d'un état de la situation pour ce qui est des maladies infectieuses en émergence au Québec oblige la DGSP à s'interroger sur l'ensemble de son système de surveillance pour faire face aux nouveaux défis que présentera la surveillance des maladies infectieuses dans les prochaines années. La réflexion est amorcée et se poursuivra en 1998-1999. Par ailleurs, la direction met la touche finale à la création du site Internet SURMI, accessible à partir du site du Ministère ; on y trouvera notamment, présentés de façon dynamique, des données, des analyses issues des données de surveillance et un journal électronique, *Transmission*, traitant de sujets d'actualité et de méthodologies utiles et pertinentes à la surveillance des maladies infectieuses.

La DGSP a implanté les premiers jalons d'un système de surveillance du tabagisme chez les jeunes du secondaire (en collaboration avec Santé Québec). Une première opération de collecte de données aura lieu à l'automne 1998 et permettra de mesurer l'ampleur de ce problème chez les jeunes Québécoises et Québécois.

Grâce au système de surveillance de la mortalité, la direction a continué de produire et de distribuer le *Profil de la mortalité au Québec*. Ce rapport annuel

sur la surveillance de la mortalité au Québec fait état des données de mortalité de 1971 à 1996 pour l'ensemble du Québec, et de 1981 à 1996 par région sociosanitaire. On y présente, entre autres données, des indicateurs objectifs de l'état de santé tels les taux bruts de mortalité, les taux selon l'âge et le sexe, les taux comparatifs de mortalité ainsi que les taux de mortalité fœto-infantile.

La DGSP a poursuivi la mise au point de Dièse, un module innovateur et très performant d'exploitation des données de surveillance qui vise à rendre les utilisatrices et les utilisateurs plus autonomes dans leurs traitements informatiques. Dièse est maintenant opérationnel pour plusieurs fichiers (décès, Santé Québec et tumeurs, en partie).

La direction a aussi poursuivi son engagement auprès de Santé Québec, particulièrement en ce qui a trait à la mise en marche de nouvelles enquêtes et à l'orientation de celles en cours. Parmi ces dernières, mentionnons l'enquête auprès des enfants et des adolescentes et adolescents québécois, l'enquête sur les sans-abri, l'enquête longitudinale sur le développement des enfants québécois (ELEDEQ). Un soutien important a été apporté pour la préparation de l'enquête sociale et de santé générale débutée en janvier 1998 et suivie depuis d'un accompagnement constant.

Finalement, une section internationale en connaissance et surveillance a pris son envol à la faveur d'un partenariat avec le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS).

### **3.2. La promotion de la santé et du bien-être**

Le mandat du Ministère en matière de promotion de la santé et du bien-être consiste à stimuler et à soutenir la mise en place de politiques publiques saines, à concevoir des mécanismes de concertation intersectorielle et à instaurer des projets dans les secteurs clés pour influencer les déterminants de la santé, notamment dans les secteurs de l'éducation, de l'emploi et de la solidarité, de la famille et de l'enfance, du développement des régions. Ce mandat consiste également à élaborer et à implanter des politiques, des orientations et des stratégies destinées à améliorer la santé et le bien-être de la population ainsi qu'à accroître la promotion de la santé à l'échelle provinciale, fédérale et internationale.

En 1997-1998, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être a principalement concentré ses efforts dans les secteurs suivants.

### **Orientation et consolidation de l'action de santé publique**

La première année qui a suivi la publication des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* a permis d'appliquer ou de consolider les différentes mesures proposées dans le document. Le Ministère a de plus soutenu et financé différents événements entourant la diffusion de ces priorités et du suivi qu'on leur a donné (congrès, colloques, événements régionaux, journées annuelles de santé publique, etc.).

En complément à ces actions, une réflexion a été engagée afin de proposer aux régies régionales et aux équipes de santé publique une « vision renouvelée de la santé publique à l'aube de l'an 2000 », tel que le propose le document ainsi titré. Par ailleurs, on est à parachever un document d'orientation sur les enjeux et les conditions organisationnelles en vue de renouveler l'action des équipes de santé publique au Québec et de s'assurer que ce réseau est davantage présent au niveau local et plus efficient à tous les niveaux d'intervention.

Dans le contexte de la transformation du réseau sociosanitaire, la direction contribue par divers moyens à préserver et à maintenir les acquis en promotion et en prévention. À cette fin, elle fait surtout des représentations auprès des autorités et produit des analyses, des rapports et des indicateurs clés sur l'évolution dans ce domaine où l'on observe, depuis les dix dernières années, une tendance à la baisse des heures travaillées en promotion et en prévention.

Soulignons également que dans la foulée de la création du nouvel Institut national de santé publique, des groupes de travail ont été mis en place afin d'ajuster le fonctionnement et la structure organisationnelle de la DGSP et d'assurer la complémentarité des organisations et leur concertation.

### **Stratégies en promotion de la santé et en concertation intersectorielle**

La direction a amorcé une réflexion afin de mieux cerner les enjeux particuliers et les perspectives d'avenir liés à la promotion de la santé et du bien-être. À la suite d'entrevues et d'une analyse de la documentation un rapport préliminaire a été publié ayant comme titre *Enjeux, tendances et perspectives en promotion de la santé et du bien-être*.

Dans le champ de la santé scolaire, la direction a piloté un groupe de travail interministériel chargé de produire un document d'orientation sur la promotion de la santé des jeunes dans le contexte de la réforme de l'éducation. Intitulé *Les compétences essentielles liées à la santé et au bien-être devant être intégrées dans le curriculum des élèves du préscolaire, du primaire et du secondaire au Québec*, ce document a été



soumis en février dernier à la Commission des programmes d'études et son adoption devrait conduire à une révision en profondeur des cadres actuels d'intervention sociosanitaire en milieu scolaire.

Parallèlement à cette démarche, une collaboration fructueuse a été établie entre le Ministère et le ministère de l'Éducation (MEQ), ainsi qu'entre leurs réseaux, afin d'implanter et de consolider les projets Écoles en santé pour lesquels plusieurs régions ont bénéficié du soutien financier du Ministère. Au cours de la prochaine année, les deux ministères publieront conjointement un énoncé d'orientation sur cette perspective particulière.

En ce qui a trait à la santé des familles, les engagements du Ministère à l'intérieur du troisième plan d'action en matière de politique familiale sont en voie d'achèvement avec la rédaction du guide *Avec les familles immigrantes* destiné aux personnes qui travaillent dans ce domaine ; le document devrait être publié à l'automne 1998.

Le Ministère a également soutenu la réalisation de projets régionaux axés sur la promotion du rôle du père conformément à une des mesures préconisées dans les *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*. Une table intersectorielle a également été mise en place en vue de préciser les orientations à privilégier pour mieux soutenir les pères dans leur participation au développement sain de leurs enfants.

Au regard de la santé des communautés, la direction a collaboré étroitement à la réalisation du Forum national sur le développement social organisé par le Conseil de la santé et du bien-être, qui s'est tenu en avril 1998. De plus, comme dans les années passées, le soutien du Ministère pour améliorer la santé et le bien-être des communautés s'est traduit par l'octroi d'une subvention au Centre d'information du réseau québécois Villes et villages en santé.

Considérant d'autre part le vieillissement de la population et surtout la rapidité avec laquelle il se produit, la direction a soumis à la consultation une revue de la littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées et réalisé un sondage téléphonique auprès des équipes régionales de santé publique sur les programmes et les pratiques destinés à cette population. Au cours de la prochaine année, les priorités d'action dans ce champ d'intervention seront définies et intégrées à la politique ministérielle sur les personnes âgées.

À l'occasion de la révision de la Politique de santé mentale, on a mis en avant l'idée qu'il fallait accroître la promotion des services offerts en santé mentale ; cette perspective fera l'objet d'un document qui sera publié à l'automne 1998.

## **Réduction des inégalités de santé et de bien-être et promotion de conditions de vie favorables à la santé**

Dans la foulée du Sommet sur l'économie et l'emploi et du Chantier sur l'économie sociale, la direction a eu la responsabilité de coordonner l'implantation de quinze centres périoressources. Ces centres proposent en périnatalité des services adaptés aux caractéristiques régionales et complémentaires des services offerts par les établissements du réseau sociosanitaire et par les organismes communautaires. Un budget récurrent sur trois ans a été dégagé par le Ministère pour l'implantation, en 1998-1999, de six centres périoressources. Un premier centre est déjà en opération dans les Hautes-Laurentides et cinq autres devraient être en service à l'automne 1998 ailleurs au Québec. La mise en place progressive de neuf autres centres est prévue à partir de l'année 1999-2000. Un comité partenarial de suivi d'implantation soutient cette démarche.

Signalons également, en matière de périnatalité et de lutte contre la pauvreté, la mise en œuvre à la grandeur du Québec du Programme de référence des prestataires enceintes au CLSC par l'entremise des Centres locaux d'emploi (CLE). Ce projet de concertation entre le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le ministère de la Santé et des Services sociaux au profit des femmes enceintes prestataires de la sécurité du revenu, vise à réduire les risques entourant la naissance du bébé par une offre de services prénatals et postnatals permettant de soutenir notamment l'amélioration des compétences parentales, l'acquisition de saines habitudes alimentaires et l'entraide communautaire.

Une autre stratégie d'action destinée à améliorer les conditions de vie des groupes plus vulnérables concerne la réalisation de projets visant à contrer l'insécurité alimentaire. Ainsi, afin de consolider et d'accroître l'étendue de ces projets, un montant non récurrent de 300 000 \$ a été octroyé pour une deuxième année consécutive aux régies régionales. Cette somme leur permettra de favoriser la mise sur pied et le développement des cuisines collectives, des coopératives alimentaires et des stratégies d'achat de groupe. Un cadre d'orientation ministérielle accompagnait cette subvention. De plus, une concertation avec le CQRS a permis de créer un créneau particulier de recherche sur cette question avec un programme financier de l'ordre de 100 000 \$.

## **Réduction de la violence à l'endroit des personnes**

La réduction de la violence à l'endroit des personnes constitue une des cibles d'action des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*. A la faveur

de l'implantation de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale, différentes actions ont été poursuivies ou entreprises au cours de l'année 1997-1998 en collaboration avec les partenaires du Ministère. Ce sont plus précisément la mise en place de structures de concertation régionale-provinciale pour le suivi des dossiers sur la violence ; l'octroi d'un soutien financier de 300 000 \$ pour la réalisation de projets-pilotes en prévention de la violence ; le financement d'un projet-pilote sur la création et l'expérimentation d'un système de collecte de données ; la coordination de la préparation d'un cadre de référence d'une ligne téléphonique 24 heures/7 jours par semaine pour les conjoints violents et les hommes en difficulté ; le financement d'un projet-pilote visant à désengorger les unités de médecine familiale pour améliorer l'accès au personnel professionnel en santé dans les cas de violence conjugale ; la planification de la campagne de sensibilisation à la violence faite aux femmes.

Des orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle sont également en préparation et devraient être prêtes pour décembre 1998. D'autres travaux d'importance sont menés concurremment dans ce domaine. Il s'agit du soutien financier pour la mise à jour de la trousse médico-légale à l'intention des victimes de viol ; de la collaboration à la révision de l'entente multisectorielle dans des situations d'enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique ; du financement de recherches portant notamment sur les adolescents agresseurs.

### **Santé publique et promotion de la santé sur la scène fédérale et internationale**

Le Ministère a représenté le Québec à diverses tables de concertation provinciale/fédérale/territoriale dont le Comité consultatif sur la santé de la population, le Groupe de travail sur la santé publique au Canada, le Conseil des médecins hygiénistes en chef, le Comité consultatif sur l'Agenda national en faveur des enfants, et le Groupe de travail sur le développement sain des enfants. Cette participation permet de défendre les intérêts du Québec sur la scène fédérale, de partager avec les autres provinces ses politiques et ses programmes, et d'orienter les décisions sur les dossiers de santé publique qui débordent les frontières.

Sur la scène internationale, le Ministère appuie financièrement le REFIPS qui est un regroupement sans but lucratif de 38 pays francophones. Le Ministère agit également comme correspondant de la section Québec. Au cours de la dernière année, plusieurs projets contribuant à l'essor et au rayonnement du REFIPS ont été soutenus et mis en œuvre tels la tenue

des 4<sup>e</sup> rencontres internationales en promotion de la santé, l'acquisition d'un site Internet, la diffusion régulière de la revue *Partage*, la préparation et le financement de l'ouvrage *Plan@er pour mieux agir* destiné aux enseignantes et aux enseignants ainsi qu'aux personnes qui agissent sur le terrain en matière de promotion de la santé et du bien-être.

### **3.3. La protection de la santé publique**

Sur le plan de la protection de la santé publique, le Ministère a pour mandat de gérer les activités de santé publique relatives notamment aux agents infectieux, chimiques ou physiques susceptibles de constituer des risques pour la santé des travailleuses et des travailleurs ou de la population.

#### **Santé au travail**

En santé au travail, le comité permanent MSSS-CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail) a mené à terme plusieurs travaux, grâce aux activités de plusieurs sous-comités. Mentionnons, entre autres, le sous-comité des approches ergonomiques qui, en plus d'harmoniser les interventions, tiendra un colloque sous le thème « Partager nos connaissances... un geste à répéter » à l'automne 1998, et la diffusion, pour une deuxième année consécutive, du document *Réalisations en santé au travail*.

Le comité permanent MSSS-CSST a contribué à mettre en lumière les problèmes qui seront prioritaires en santé et sécurité du travail pour deux ans (1997-1999) : le bruit, les lésions musculosquelettiques-LATR (lésions attribuables au travail répétitif) dans les secteurs des bâtiments et des travaux publics, de la boulangerie-pâtisserie, du textile, du caoutchouc-plastique et du cuir, les problèmes d'espaces clos, de pesticides et de cancer de la peau en agriculture, les risques biologiques, les isocyanates et les chariots élévateurs.

Plusieurs programmes d'intervention intégrés ont été poursuivis (prévention de la silicose dans les opérations de sablage au jet d'abrasif et prévention des LATR), mis en place (fabrication d'objets en plastique renforcé et activités de soudage-coupage) ou initiés (gestion des isocyanates et des risques biologiques) en cours d'année.

Différentes orientations ont été adoptées dans le cadre du Programme pour une maternité sans danger tels une approche préventive, un mode de communication avec les employeurs et les travailleuses, un groupe de référence grossesse-travail et un avis médical en santé publique sur l'évaluation des dangers physiques pour la travailleuse enceinte qui occupe un poste de couturière.

Cette année aura été marquée par une consolidation du partenariat entre le réseau de la santé, la CSST, les associations sectorielles paritaires en santé et sécurité du travail et l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST). Tenu au profit des gestionnaires qui travaillent dans le domaine de la santé et de la sécurité, un important colloque placé sous le thème « Complémentarité dans l'action, travaillons-y » a souligné ces efforts.

Le problème des flocages d'amiante dans les écoles a nécessité une concertation soutenue de plusieurs partenaires (MEQ, MSSS, CSST, IRSST, ministère des Ressources naturelles) pour convenir d'un plan d'action visant le contrôle des risques potentiellement présents.

### Santé environnementale

En santé environnementale, soit en matière de gestion et de prévention des problèmes de santé liés à l'environnement, le Ministère a eu la responsabilité de l'analyse de risques, c'est-à-dire qu'il doit gérer et évaluer les risques toxicologiques pour la santé humaine liés aux conséquences environnementales de projets industriels importants. À ce propos, le Ministère a formé une équipe de spécialistes chargée, d'une part, de définir les principes directeurs de gestion des risques et, d'autre part, de proposer au Ministère des lignes directrices pour l'évaluation des risques toxicologiques, tout en fournissant aux promoteurs de projets le soutien technique et scientifique approprié.

Par ailleurs, le Ministère a veillé à l'information et à l'éducation du public à l'égard de plusieurs types de problèmes de santé liés à l'environnement en menant, en collaboration avec son réseau et d'autres pouvoirs publics, des campagnes de prévention. Par exemple, le dépliant intitulé *Le monoxyde de carbone tue. Y en a-t-il chez vous ?* informe les gens sur les effets du monoxyde de carbone, sur ses sources potentielles et sur les moyens de prévenir les intoxications causées par ce gaz. La brochure intitulée *Herbe à poux, agissons sur-le-champ* présente, quant à elle, des solutions simples pour le contrôle de cette plante responsable d'allergies affectant 10 % de la population québécoise.

À la suite d'une épidémie de légionellose, forme très grave de pneumonie, survenue à Québec en 1996, les tours de refroidissement des grands édifices ont été reconnues comme source de contamination de l'air par la bactérie appelée légionelle. Le Ministère et la Régie du bâtiment du Québec ont alors mené conjointement une campagne d'information auprès des gestionnaires d'édifices au moyen de la brochure intitulée *L'entretien des tours de refroidissement pour prévenir la maladie du légionnaire*.

En ce qui a trait aux risques pour la santé associés à la pollution d'origine agricole, le Ministère a apporté son soutien à une étude réalisée par la Direction régionale de la santé publique de la Montérégie sur les risques entraînés par l'utilisation de pesticides en pornoculture, encourus autant par les travailleuses et les travailleurs que par les personnes qui vivent à proximité des vergers. Cette étude a été suivie de la mise en œuvre d'un plan d'action visant à réduire l'exposition de la population aux pesticides en question. Pour ce qui est de la pollution agricole d'origine animale, particulièrement celle qui est liée à l'industrie porcine, le Ministère a créé un comité scientifique afin de préparer un avis de santé publique sur cet important problème.

Sur le chapitre des risques pour la santé inhérents à la consommation de poisson pouvant être affecté par la pollution des eaux, le Ministère a lancé une campagne d'information, en collaboration avec le ministère de l'Environnement et de la Faune et le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, au moyen du dépliant intitulé *Connaissez-vous les OMÉGA-3 ? Moi, oui... et je suis bon pour la santé !* Ce document fait la promotion de la consommation du poisson comme aliment sain, notamment au regard de la prévention des maladies cardiovasculaires, tout en donnant l'heure juste sur la contamination de certaines espèces de poisson, surtout par le mercure, qui a du reste considérablement diminué grâce aux efforts de dépollution du milieu aquatique, particulièrement du fleuve Saint-Laurent. Dans cet ordre d'idées, le Ministère entend poursuivre sa participation au volet santé du programme Saint-Laurent Vision 2000, qui entre dans sa phase III, visant à réduire les risques pour la santé de nature microbiologique ou chimique liés aux usages du Saint-Laurent, incluant l'eau potable et les produits de consommation tirés du fleuve.

Compte tenu de l'augmentation inquiétante des cancers de la peau au Québec observée durant les dernières décennies, le Ministère a publié le rapport intitulé *Le bronzage artificiel au Québec, bilan des connaissances et recommandations*. Produit par un comité scientifique conjointement avec l'Association des dermatologues du Québec, ce rapport met la population en garde contre l'exposition prolongée aux rayons ultraviolets émis par le soleil ou les appareils de bronzage. À cet égard, le Ministère entend veiller à ce que la population québécoise soit davantage sensibilisée et se protège contre la menace des rayons ultraviolets aggravée incidemment par l'amincissement de la couche d'ozone.

### Maladies infectieuses

Dans le domaine des maladies infectieuses, depuis janvier 1998, le programme de vaccination pri-

naire des enfants québécois s'est enrichi d'un vaccin amélioré contre la coqueluche. Le vaccin acellulaire contre la coqueluche, tout en étant plus efficace, provoque beaucoup moins d'effets secondaires que l'ancien vaccin. Il offre une très bonne protection (85 % après la troisième dose) et, à défaut de prévenir la maladie, il en diminue la gravité et en réduit les complications. De plus, il comporte moins de contre-indications, ce qui permet à un plus grand nombre d'enfants de bénéficier de sa protection. Ce vaccin est combiné aux vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type *b*, pour une administration en une seule injection. L'implantation de cette amélioration au programme de vaccination a été préparée avec soin avec les directions régionales de santé publique et a fait l'objet d'information auprès du personnel professionnel de la santé et des parents. Le suivi de cette mesure est assuré par la participation du Québec à une étude pancanadienne afin de mesurer les effets du vaccin acellulaire sur l'épidémiologie de la coqueluche. De plus, une étude québécoise est en cours pour permettre d'évaluer les effets secondaires de ce nouveau vaccin par rapport au produit utilisé antérieurement dans la population.

La gestion des produits biologiques a aussi fait l'objet d'activités particulières. Des améliorations importantes ont été apportées aux aspects administratifs du système de gestion. Afin de répondre aux recommandations émises dans les **Priorités nationales de santé publique** : 1997-2002, un mécanisme de collecte de données sur l'utilisation des vaccins a été mis en place avec la collaboration des directions régionales de santé publique. Ces informations permettront d'intervenir adéquatement pour réduire la perte des produits. Enfin, un système de monitoring de la température durant le transport des vaccins est amorcé et devrait se généraliser dans les prochains mois, ce qui permettra d'améliorer la qualité et l'innocuité des produits distribués. Des mesures supplémentaires sont prévues au cours des deux prochaines années en vue d'intervenir à d'autres niveaux de la gestion des produits immunisants.

### 3.4. La prévention et l'éducation socio-sanitaire

En matière de prévention, le Ministère vise à susciter, à encourager, à soutenir et à préconiser des interventions axées sur la prévention des principales causes de morbidité, d'invalidité et de mortalité ainsi que des principales difficultés d'adaptation et d'intégration sociales.

### Lutte contre le tabagisme

En ce qui a trait à la lutte contre le tabagisme, l'engagement ministériel s'est poursuivi en 1997-1998, alimenté par un investissement financier de 3 700 000 \$. Une part importante de ce budget, soit 2 400 000 \$, a été transférée aux régies régionales afin de soutenir les interventions de prévention menées par les directions régionales de la santé publique.

En janvier 1998, la Semaine québécoise sans fumer s'est déroulée sous le thème « On change d'air », permettant de terminer la stratégie de promotion des aires sans fumée amorcée au cours des deux années précédentes. Le Ministère a également apporté son soutien à la tournée provinciale « In Vivo » qui visait, par un spectacle théâtral, à sensibiliser les jeunes aux dangers du tabagisme. Ainsi, grâce à la collaboration de divers partenaires, dont les directions de santé publique et plusieurs établissements scolaires, 18 560 jeunes de 15 régions du Québec ont pu bénéficier de cette activité éducative et préventive à l'égard du tabagisme.

Sur le plan législatif, tout en continuant de soutenir l'application de la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics, le Ministère a préparé un projet de loi visant à réduire le tabagisme, surtout chez les jeunes, et à protéger les personnes non-fumeuses des effets nocifs de la fumée du tabac dans l'environnement. Ce projet de loi édicte les règles applicables à l'usage du tabac dans les lieux publics, à sa vente ainsi qu'à la publicité et à la promotion des produits du tabac ; il constitue un élément charnière du plan d'action de santé publique pour la lutte contre le tabagisme.

### Dépistage du cancer du sein

En 1997-1998, la Direction de la prévention et de l'éducation socio-sanitaire a poursuivi ses travaux connexes à l'implantation du programme de dépistage systématique du cancer du sein par mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans. Elle a terminé la préparation de plusieurs documents et outils de travail en lien avec le plan de communication, la formation, le contrôle de la qualité, la mise en place et le déploiement d'un système de gestion de l'information respectant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Un budget de 1 750 000 \$ a été alloué pour diverses activités liées à cette implantation, particulièrement pour instaurer le programme en région. L'annonce de la création du Programme québécois de dépistage du cancer du sein a eu lieu le 30 octobre 1997. Toutefois, le programme sera mis en marche progressivement dans toutes les régions du Québec au cours de l'année 1998-1999.

## **Suicide**

En matière de prévention du suicide, le Ministère a adopté les mesures préconisées dans le document *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Le 2 février 1998, le ministre procédait à son lancement, mettant ainsi en application les résultats des travaux du groupe mandaté pour proposer des orientations, des stratégies et des actions prioritaires devant être mises en place par le réseau de la santé et des services sociaux et les autres partenaires en cause.

## **Alcoolisme et toxicomanies**

Par ailleurs, le Ministère a collaboré, à l'automne 1997, à la tenue de la Semaine de prévention de la toxicomanie ciblant plus particulièrement les jeunes et leurs parents et ayant pour thème « L'importance de parler du problème ».

Grâce à son programme de subvention, le Ministère maintient sa contribution à la création et à l'expérimentation de projets, de programmes et d'outils de prévention à portée nationale et régionale. De plus, afin de mieux cibler ses interventions et la population plus vulnérable, et dans le but également d'améliorer l'efficacité de ses actions et de ses stratégies en matière de prévention des toxicomanies, le Ministère a dressé un bilan évaluatif des résultats engendrés par ses interventions de promotion et de prévention depuis 1990. A cette fin, il a financé un projet de recherche qui a débuté en septembre 1996 et dont le rapport final a été déposé en 1997. Le Ministère a aussi financé quatre autres études portant sur l'usage des médicaments et dressant un état de la situation quant à la réduction des méfaits qu'il entraîne. Ces études tracent également l'évolution de la problématique de la toxicomanie à partir de données d'enquêtes épidémiologiques et fournissent une mise à jour des nouvelles connaissances présentes dans les publications récentes sur la toxicomanie.

Compte tenu de la masse d'information disponible dans ces différents rapports de recherche et d'évaluation, le Ministère a entrepris des travaux destinés à mettre à jour ses orientations quant à l'action préventive en toxicomanie. Mis sur pied à l'automne 1996, le Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie a poursuivi, en 1997-1998, ses travaux destinés à renforcer la prévention en matière de toxicomanie ; ces travaux devraient également tenir compte davantage de la réduction des méfaits qu'elle entraîne.

### **3.5. Le Centre québécois de coordination sur le sida**

Le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) a pour mission de proposer des orientations et de coordonner au niveau national des actions pour

lutter contre le sida et les autres MTS. Il fait également la promotion des orientations de la Politique de la santé et du bien-être et des recommandations contenues dans les Priorités nationales de santé publique : 1997-2002 et il collabore avec le réseau à leur mise en œuvre et à leur suivi. Enfin, il veille à l'atteinte des résultats déterminés dans ces documents.

Les actions du CQCS sont guidées par quatre grands objectifs : réduire l'incidence de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des MTS ainsi que les coûts sociosanitaires qui y sont liés ; accroître, auprès des personnes vulnérables, les actions de promotion, de prévention et de protection visant à diminuer la transmission du VIH et des MTS par une approche orientée sur les déterminants de la santé et du bien-être ; améliorer l'accès et la qualité des soins et des services en répondant davantage aux besoins des personnes aux prises avec le VIH et le sida, et en les maintenant le plus possible dans leur milieu tout en ayant le souci de conserver leur qualité de vie ; créer un environnement social propice à la prévention, aux soins et aux services ainsi qu'à la prise en charge par les individus de leur santé, dans le respect des droits de la personne.

Au cours de l'année 1997-1998, le ministre a rendu publique la phase IV de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida témoignant d'un engagement plus entier dans la promotion de la santé et d'une considération plus grande pour les groupes et les personnes plus vulnérables aux infections au VIH. L'ensemble de l'opération profite d'un budget annuel de 19 000 000 \$ durant cinq ans (1997-2002). Le CQCS a amorcé l'implantation de la phase IV en collaboration avec l'ensemble des régies régionales, les regroupements provinciaux d'organismes communautaires de lutte contre le sida et les associations à caractère provincial touchées par la problématique. En outre, et conformément aux grandes orientations de la phase IV, le CQCS a conçu son propre plan d'action qui vise à faire connaître aux différents partenaires les actions prioritaires qu'il entend mener au cours des deux prochaines années. Afin d'intégrer davantage la prévention aux soins et aux services, ce plan d'action est centré sur les personnes vivant avec le VIH et le sida, ainsi que sur les groupes vulnérables et la population en général.

L'année 1997-1998 a également marqué le coup d'envoi d'une campagne triennale de communication dans l'ensemble des régions du Québec. Cette campagne à deux volets vise avant tout à soutenir les efforts de prévention et à en maximiser les résultats sur le terrain. Le premier volet s'adresse au public en général et a pour objectif d'améliorer la tolérance et la compréhension envers les personnes les plus vulnérables au VIH ; le second s'adresse aux jeunes de 14 à

18 ans et veut promouvoir l'utilisation et le maintien de comportements sécuritaires par rapport aux infections au VIH et aux MTS.

Au niveau provincial, le CQCS a poursuivi son action à l'intérieur des grands programmes de prévention et de formation. Ainsi, les activités liées au Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse ont permis, pour l'année 1997-1998, de diagnostiquer une infection au VIH chez quinze femmes enceintes. D'autre part, l'accès aux services de dépistage anonymes est maintenant étendu à tout le territoire du Québec. Le CQCS a également maintenu son soutien au programme Sida en milieu de travail, et un comité a été formé afin d'adapter le contenu du programme à l'évolution de l'épidémie. Enfin, plusieurs programmes nationaux de formation ont été proposés en 1997-1998 en vue, notamment, de soutenir le personnel professionnel de la santé dans la prise en charge optimale des personnes vivant avec le VIH ou le sida.

Toujours sur le plan de la prévention, le CQCS a continué d'assurer un soutien aux régions afin de favoriser la mise en place d'activités de prévention du VIH et des MTS. Pour ce faire, un budget de plus de 4 000 000 \$ a été consenti aux régies régionales en 1997-1998. En outre, de nombreux efforts ont été consacrés à mieux atteindre les populations les plus vulnérables. Ainsi, le CQCS a financé un projet de prévention auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui fréquentent les parcs durant l'été. Les premières données de l'évaluation montrent que le projet a connu un succès important.

En ce qui concerne les actions de prévention auprès des personnes qui consomment des drogues par injection, le CQCS a continué à favoriser l'implantation de sites d'accès aux seringues. Actuellement, 501 sites sont accessibles dans 16 régions. De plus, un comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone a été mis sur pied et regroupe, outre le Ministère, la RAMQ, le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens.

Enfin, des efforts particuliers ont été faits afin de prévenir plus efficacement l'infection au VIH au sein de la population carcérale. Ainsi, un plan d'action conjoint avec le ministère de la Sécurité publique a été mis en place afin de prévoir la réalisation d'actions concertées visant la prévention du VIH auprès des personnes incarcérées.

Au regard de la prévention auprès des jeunes en milieu scolaire, le CQCS a maintenu sa collaboration avec le MEQ, laquelle a permis la publication d'un volet santé/sexualité à l'intérieur des quatre publications annuelles du magazine *Jeunesse* ainsi que la

diffusion, à l'échelle provinciale, de la brochure *Sexualité, MTS et sida, parlons-en* destinée aux parents.

En matière de soins et de services, les liens avec les organismes communautaires ont été maintenus et renforcés, et ce, non seulement en vue de favoriser le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel, mais également afin d'adapter les interventions au nouveau contexte créé par l'introduction de la trithérapie. Des subventions de l'ordre de 4 450 000 \$ ont été accordées en 1997-1998 aux organismes communautaires incluant les ressources d'hébergement.

Par ailleurs, le domaine des soins et des services a fait l'objet de plusieurs mesures afin, entre autres buts, de proposer des orientations claires en matière d'intervention thérapeutique et d'organisation des soins à l'échelle provinciale. L'une de ces mesures consiste dans la mise sur pied d'un comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH, tandis que l'autre vise à créer des corridors de référence entre les UHRESS et les régions. Finalement, le CQCS met actuellement en place un système intégré de surveillance de l'utilisation des soins et des services par les personnes vivant avec le VIH, système qui regroupe les données liées à la prestation des soins relatifs à une infection au VIH, cela afin de suivre l'évolution de l'épidémie, de cerner les tendances de l'activité hospitalière et de prévoir les changements suscités par l'introduction des thérapies antirétrovirales.

En ce qui concerne la recherche, le CQCS a établi des liens plus étroits avec le FRSQ et le CQRS en mettant en valeur son rôle consultatif et participatif dans la démarche de définition des axes prioritaires et des orientations de la recherche sur le VIH et le sida.

Pour ce qui est des MTS, les travaux du comité consultatif se sont poursuivis. Ils portent, rappelons-le, sur la surveillance, l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la révision des lignes directrices actuelles sur le dépistage et le traitement des MTS, les activités de notification aux partenaires et les priorités de recherche. Par ailleurs, un premier rapport d'évaluation du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS a été publié et diffusé dans l'ensemble des régions. Le CQCS a également participé à la préparation des lignes directrices canadiennes sur les MTS (édition 1998) ainsi qu'à la définition des objectifs nationaux sur les MTS en collaboration avec le Laboratoire de lutte contre les maladies (LLCM).

### 3.6. Le système de gestion du sang au Québec

Depuis janvier 1997, des actions concertées pour la mise en œuvre du nouveau système de gestion du

sang au Québec ont été entreprises en vue de donner suite aux propositions du Comité québécois sur l'approvisionnement, la gestion et la distribution du sang et aux recommandations du rapport Krever, et ce, afin d'harmoniser le système de gestion du sang avec les services de santé au Québec. Ce nouveau système doit permettre de responsabiliser davantage les centres hospitaliers dans l'utilisation des produits et dérivés du sang, de mettre en place une surveillance des risques liés à la transfusion sanguine et de créer une corporation responsable de l'approvisionnement en sang et en produits sanguins.

À l'automne 1997, le ministre a mandaté un groupe d'experts-conseils, le groupe CROISER, pour soutenir les régies régionales et les établissements dans l'organisation des services et la mise en place du nouveau système. Vingt centres hospitaliers ont été désignés par le ministre pour assurer la planification, la gestion et le contrôle des activités transfusionnelles sur leur territoire respectif et dans les établissements qui leur sont associés, et parfois dans les établissements associés situés dans une autre région administrative.

Au cours de cette même période, le Comité d'hémovigilance a été mis sur pied. En plus de faire des recommandations au ministre sur les sujets concernant l'hémovigilance, le comité a pour mandat de l'aviser de l'état des risques liés à la transfusion sanguine et aux infections transmises par voie sanguine et de lui fournir toute autre information pertinente sur les produits sanguins. Le Comité d'hémovigilance est appuyé par la DGSP et pourra bénéficier des données qui seront recueillies par un système d'information intégré et de surveillance, système devant permettre la mise en commun de l'information provenant de l'ensemble de la chaîne transfusionnelle, du donneur au receveur.

Une étude exploratoire des systèmes d'information sur la transfusion sanguine et l'hémovigilance en place au Québec, en France et aux États-Unis a été réalisée afin d'orienter la mise en œuvre d'un système intégré d'information sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance. La société de gestion informatique Sogique a ensuite été chargée d'exécuter, pour le printemps 1998, les travaux d'architecture de ce système intégré d'information.

Afin de compléter le système de gestion du sang, Héma-Québec, une corporation autonome, a été créée le 26 mars 1998. Son mandat consistera, à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1998 (où lorsque la Société canadienne de la Croix-Rouge cessera ses fonctions d'approvisionnement en sang), à assurer la collecte et le traitement du sang et des produits sanguins ainsi que leur distribution aux centres hospitaliers.

## 4. Le suivi et le soutien du réseau

La Direction générale du Secrétariat au suivi et au soutien du réseau (SSSR) a pour mandat premier de favoriser et de soutenir les relations de partenariat et les liens fonctionnels entre le Ministère et les régies régionales. Ses principales responsabilités consistent à :

- soutenir les régies régionales dans l'exercice de leurs responsabilités en matière de planification et d'organisation des services ;
- appuyer les autorités ministérielles dans les décisions et les opérations visant à assurer la bonne marche du réseau sociosanitaire ;
- soutenir les mécanismes de concertation réunissant les autorités du Ministère et des régies régionales ;
- collaborer à la mise en œuvre d'orientations et de plans d'action et à en assurer le suivi, en concertation avec les régies régionales et les autres directions générales ;
- procéder à l'émission et au renouvellement des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur la protection de la santé publique, en collaboration avec les régies régionales ;
- participer à la réalisation de toute autre activité ministérielle ayant trait à la gestion d'ensemble du système sociosanitaire.

Pour remplir ses fonctions, le SSSR s'appuie sur des équipes au fonctionnement souple lui permettant de favoriser l'établissement et le maintien de rapports soutenus et adaptés tant à la réalité qu'à la spécificité de chacune des régions.

### 4.1. Le suivi et le soutien des activités et de la transformation du réseau

L'équipe de suivi et de soutien du réseau assure les liens fonctionnels et opérationnels entre le Ministère et les régies régionales et, à ce titre, elle coordonne et soutient un ensemble d'activités ayant trait à la gestion et à l'organisation des services dans chacune des régions. Elle participe étroitement à la réalisation de travaux que requièrent le suivi des activités du réseau et la participation du Ministère à divers forums.

Au cours des dernières années, la transformation du réseau a été au cœur des préoccupations de cette équipe. Commencée en 1995-1996, la transformation du réseau entraine, en 1997-1998, dans sa dernière année d'implantation. Cette opération visait à :

- assurer une réponse adéquate et adaptée aux besoins changeants de la population par l'utilisation des possibilités offertes par les nouvelles pratiques dans les domaines médical, biomédical et les technologies de l'information ;
- permettre la réorganisation du système en fonction de services à la population davantage intégrés, continus et complémentaires, par la décentralisation des responsabilités et des ressources au profit des secteurs régionaux et locaux ;
- assurer l'atteinte des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être par une insistance sur la prévention et la promotion de la santé.

La vaste opération de consultation régionale et nationale menée par le ministre, au cours de l'automne 1997 et de l'hiver 1998, aura été l'occasion de dresser le bilan de la transformation du réseau et de dégager des pistes d'action en vue d'en assurer la consolidation.

L'équipe de suivi et de soutien du réseau a continué d'appuyer les régies régionales dans cette dernière année d'implantation de leur plan de transformation. Au cours de la prochaine année, elle sera étroitement associée à l'opération de consolidation des services pour laquelle des plans seront conçus par les régies régionales, à partir des orientations ministérielles actuellement en préparation.

### 4.2. Le suivi et le soutien des activités particulières

Outre l'équipe de suivi et de soutien du réseau, le SSSR compte trois équipes sectorielles dont le mandat est d'appuyer les régies régionales dans l'exercice de leurs responsabilités touchant les services de laboratoires, les services préhospitaliers d'urgence et les mesures d'urgence.

#### Services de laboratoires

En juin 1995, le Ministère lançait son Plan d'action sur l'accessibilité et l'efficacité des services de laboratoires. Un comité directeur formé de représentantes et de représentants du Ministère, des régies régionales, des CLSC, de la RAMQ ainsi que des ordres professionnels en cause était mis sur pied pour en assurer la mise en œuvre.

Les principaux objectifs de ce plan étaient et demeurent :



- l'amélioration de l'accessibilité aux services de prélèvement pour les usagères et usagers ambulants ;
- l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacités des services de laboratoires.

Les données colligées par l'équipe de soutien à cette opération, en collaboration avec les équipes régionales, montrent une nette amélioration de l'accessibilité aux services à l'intérieur du délai fixé, soit deux semaines. Alors que seulement 47,2 % des sites publics répertoriés en novembre 1995 satisfaisaient à cette norme, 88 % d'entre eux la rejoignent en mars 1998.

La réalisation du deuxième objectif commandait le remplacement du système de mesure de la production des laboratoires (les unités techniques fédérales). Soulignons que ce système a été implanté dans le réseau en mars 1996 ; il en est à sa troisième édition. Les informations découlant du nouveau système sont la pierre angulaire de la démarche en cours pour la rationalisation du fonctionnement des laboratoires et la correction des profils inappropriés d'utilisation de ces services.

Des résultats sur ce chapitre sont déjà perceptibles et conduiront à des modifications de pratique relative à certains tests particuliers. Toujours en vue d'améliorer la performance dans ce domaine, un formulaire unique et informatisé de prescription des tests est en préparation et permettra de réduire sensiblement les erreurs associées à la transcription des données.

Enfin, au cours de la prochaine année, le comité directeur et l'équipe de soutien ministériel poursuivront les travaux déjà amorcés, en collaboration avec les équipes régionales, et canaliseront les efforts en vue :

- de préciser les objectifs de productivité réalistes pour chaque catégorie de laboratoires ;
- d'implanter un réseau informatisé de communication entre les divers intervenants et intervenants ;
- de définir et de rédiger un programme d'agrément des laboratoires.

### Services préhospitaliers d'urgence

Les services préhospitaliers d'urgence s'appuient sur plus de 550 ambulances qui effectuent annuellement quelque 440 000 transferts ambulanciers nécessités par l'état de santé des Québécoises et des Québécois. L'organisation de ces services requiert un budget annuel de près de 195 000 000 \$ réparti dans chacune des régions.

Au cours de la dernière année, l'équipe responsable de ces services a procédé à une consultation dans le milieu de la santé et auprès des personnes touchées par ces activités, afin de cerner les problèmes et de préciser les solutions devant être privilégiées pour améliorer l'organisation et le fonctionnement d'ensemble des services préhospitaliers d'urgence au Québec |

Dans la foulée de cette consultation, un comité de travail piloté par les régies régionales a été mis sur pied afin de réviser ce type de services ; il doit amorcer, au cours de la prochaine année, la démarche de leur réorganisation au niveau régional. Le Ministère procédera, quant à lui, à l'examen de ses propres responsabilités dans ce secteur, soit les questions législatives et réglementaires, la tarification et les orientations en matière de transport aérien.

### Mesures d'urgence

En ce qui a trait aux mesures d'urgence, le SSSR a été particulièrement actif au moment de la tempête de verglas qui, en janvier 1998, affectait huit régions du Québec. L'équipe de coordination des mesures d'urgence s'est rendue disponible tout au cours de cette période pour épauler les équipes régionales et appuyer les actions des autorités ministérielles. Un mémoire a aussi été préparé et présenté par le sous-ministre aux audiences de la commission technique chargée de faire le bilan de cet événement.

Au cours de l'année, l'équipe a également poursuivi ses efforts, conjointement avec les équipes régionales, en vue de rédiger le **Manuel de planification des mesures d'urgence**. Destiné aux établissements du réseau, ce document sera disponible au cours des prochains mois et servira de guide à la révision ou à la préparation de leur plan d'urgence respectif.

Enfin, un guide de formation relatif au volet psychosocial des mesures d'urgence viendra prochainement compléter le programme de formation destiné aux personnes du réseau qui interviennent en la matière dans les régions.

### 4.3. L'émission et le renouvellement des permis

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le SSSR a tenu à jour les permis des établissements en procédant à leur émission ou à leur renouvellement à la suite des modifications faisant suite à transformation du réseau, notamment à de fusions ou d'intégrations d'établissements. Ces activités se poursuivront au cours de la prochaine année, en conformité avec les nouvelles dispositions de la loi relatives au renouvellement des permis qui entreront alors en vigueur.

Le Ministère étant aussi responsable de l'émission et du renouvellement des permis des laboratoires cliniques et orthopédiques en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique, le **SSSR** s'est également assuré de la tenue à jour de ces permis, et ce, conjointement avec ses partenaires du réseau.

#### **4.4. Le fonds de soutien à l'innovation**

Le fonds ministériel de soutien à l'innovation était destiné à soutenir financièrement des projets novateurs, sur le plan de l'efficience et de l'efficacité, présentés par les divers organismes du réseau. Le Ministère y a mis fin en juillet 1996 et se limite, depuis, à assurer le suivi des projets ayant fait l'objet d'une contribution financière.

#### **4.5. Le partenariat MSSS-régies régionales**

Dans le but de favoriser un **partenariat** soutenu entre le Ministère et les régies régionales, le **SSSR** assure l'organisation des travaux et le secrétariat du Comité de concertation **MSSS-régies** régionales sous la présidence de la sous-ministre de la Santé et des Services sociaux. Il est aussi étroitement associé à l'organisation des tournées ministérielles et en assure le suivi. Enfin, font aussi partie de ses tâches régulières la participation et la collaboration à divers travaux et activités permettant d'assurer la cohérence entre les responsabilités respectives du Ministère et des régies régionales.

## 5. Les relations professionnelles

La Direction générale des relations professionnelles (DGRP) a pour mandat :

- de représenter le Ministère pour tout ce qui concerne la préparation, la négociation, l'application et l'interprétation des conventions collectives, des ententes, des régimes et des mesures touchant le personnel cadre et salarié du réseau, de même que le personnel professionnel de la santé et l'organisation afférente aux services régionaux et locaux. A cette fin et en ces matières, elle s'occupe des relations avec les instances syndicales et corporatives ainsi qu'avec les régies régionales et les autres partenaires du Ministère, en plus de coordonner les différents processus de négociation, de liaison, de concertation et de communication, et d'intervenir à titre de participant ou de décideur dans les situations et les dossiers requérant un soutien d'ensemble ou spécialisé ;
- de mener des études, des recherches et des analyses liées à la planification et au développement des ressources humaines, à la répartition géographique des médecins ainsi qu'à la rémunération et aux autres conditions de travail et d'exercice, de proposer des orientations et des politiques en ces matières et de coordonner l'application générale et le suivi des programmes et des mesures qui en découlent ;
- de conseiller le Ministère en matière de planification et de développement des ressources humaines et de répartition géographique des médecins, ainsi qu'en matière de relations et de conditions de travail, et de fournir aux partenaires ainsi qu'aux instances du réseau l'expertise et l'assistance en ces domaines.

### 5.1. Le personnel salarié du réseau

La période 1997-1998 a été caractérisée par l'actualisation du vaste programme de départ volontaire offert aux gens de 50 ans et plus ainsi qu'à ceux ayant cumulé dix ans de service et plus. Rappelons que ce programme ambitieux avait comme but la réduction des coûts de main-d'oeuvre et l'embauche de jeunes ; la réponse a dépassé les objectifs de départ fixés par le gouvernement, à savoir la mise à la retraite de 15 000 personnes de la fonction publique et du réseau de l'éducation. Le réseau de la santé et des services sociaux avait, pour sa part, prévu environ 7 000 départs mais, dans les faits, ce sont 17 635 personnes salariées qui se sont prévaluées du programme.

De façon à atténuer les effets de cette diminution de personnel sur les services à la population et pour des motifs d'organisation du travail, de transition et de formation de nouveau personnel, le comité de suivi mandaté par la Loi modifiant diverses dispositions législatives. en matière de retraite pour analyser et autoriser le retour des personnes salariées à la retraite a accepté que 248 personnes salariées reprennent le travail pour de courtes périodes. Parmi le personnel autorisé à effectuer un retour, 54,6 % appartenait au groupe des infirmières.

Dans la poursuite des objectifs de réduction des coûts de main-d'oeuvre et de réduction des coûts de régime de sécurité d'emploi, le Ministère et le Comité patronal de négociations du secteur de la santé et des services sociaux ont convenu avec les syndicats du réseau d'un protocole de gestion des postes permettant un remplacement régional et interrégional accéléré du personnel sécuritaire inscrit sur les listes des services régionaux de main-d'oeuvre.

L'actualisation de ces mesures a favorisé le remplacement de milliers de personnes salariées mis à pied, mais bénéficiant de la sécurité d'emploi, si bien que le réseau compte actuellement 1475 personnes dotées d'un tel statut, alors qu'il y en avait 4 637 au 1<sup>er</sup> avril 1997.

Au 31 mars 1998, du nombre de postes libérés par les départs (calculés en équivalent de temps complet), 5 660 postes (dont 2 511 cliniques, 2 990 non cliniques et 159 cadres) ont été abolis tandis que 9 546 postes (dont 6 259 cliniques, 3 091 non cliniques et 196 cadres) ont été comblés.

Même si le programme a permis l'embauche d'un nouveau personnel (notamment, l'ensemble des jeunes finissantes en techniques infirmières des cégeps), il exige que les administrations locales consacrent du temps et de l'énergie pour réorganiser leurs services et adapter cette main-d'oeuvre.

### 5.2. Le personnel d'encadrement du réseau

Durant l'exercice financier 1997-1998, la Direction des cadres et salariés du réseau a entrepris des travaux de codification des règlements relatifs aux conditions de travail des cadres et des hors cadres. Ces travaux visent à produire un répertoire par lequel ces derniers, de même que le personnel de direction du réseau, pourront avoir accès à l'ensemble de la réglementation codifiée dans un seul document. Soulignons que les modifications apportées par les règlements édictés par les décrets 925-97 et 926-97 du 30 juillet 1997 ont été intégrées dans ce document et transmises aux gens du réseau. Elles ont pour effet de redresser de 1 % au 1<sup>er</sup> janvier 1998 et de 1 % au

1<sup>er</sup> avril 1998, la masse salariale des différentes échelles et classes salariales, de réintroduire de façon permanente la progression salariale annuelle à partir d'avril 1998 et d'établir les concordances avec le régime d'assurance médicaments.

Les conditions de travail du personnel d'encadrement des établissements sociosanitaires en territoire cri seront déterminées dorénavant par une réglementation dite de renvoi. Cette réglementation a pour effet d'appliquer au personnel d'encadrement des établissements sous la responsabilité de la Loi sur les services de santé et de services sociaux pour les autochtones les mêmes conditions de travail que pour le personnel d'encadrement dans les établissements sous la responsabilité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Des travaux préliminaires de concertation entre les partenaires patronaux et le Ministère ont été réalisés pour préparer les futurs pourparlers avec les associations de cadres et de hors cadres du réseau, cela afin d'évaluer s'il est pertinent de donner suite aux demandes relatives à leurs conditions de travail.

Un autre important programme de départ volontaire à la retraite a été mis sur pied, en juillet 1997, auquel ont répondu 1 066 cadres et hors cadres du réseau. Le programme permettait aux personnes âgées de 55 ans et plus de se prévaloir d'une retraite sans réduction actuarielle et de bénéficier d'une revalorisation des années de service donnant droit à un crédit de rentes. Un comité de suivi intersectoriel a veillé à l'application du programme et à l'interprétation de ses modalités. Des travaux menés en parallèle ont préparé la création du régime de retraite pour le personnel d'encadrement (RRPE) qui sera distinct de celui des personnes syndiquées. La vérification de l'admissibilité au RRPE des cadres et hors cadres du réseau est en voie d'achèvement.

### **5.3. Le personnel professionnel de la santé**

#### **Accords et ententes avec les fédérations et associations**

Afin d'atteindre globalement l'objectif du gouvernement de réduction des coûts de main-d'œuvre prévue dans la Loi sur la diminution des coûts de main-d'œuvre dans le secteur public et pour donner suite aux ententes intervenues à cette fin, les protocoles d'accord conclus avec les fédérations et les associations de personnel professionnel dans le secteur de la santé prévoient de telles mesures, notamment : l'ajout d'un programme de départ assisté et d'allocation de retraite pour les médecins omnipraticiens et les spécialistes afin de répondre à certaines exigences dont celle de tenir compte des conséquences de cette

réduction des coûts sur l'effectif de chaque région et de certaines spécialités ; l'engagement mutuel entre le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) relativement à l'instauration du Département régional de médecine générale ; des dispositions quant à la réduction du coût des médicaments convenues avec les fédérations médicales et les pharmaciennes et pharmaciens propriétaires ; la mise en place du plafond quotidien de 50 examens et plus et d'un plafond semestriel ; l'implantation d'un mode de rémunération mixte pour les spécialistes qui exercent en établissement afin de remplacer le mode actuel de rémunération à l'acte en tant que mode de rémunération principale.

Des modifications ont aussi été apportées aux ententes avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et avec la FMOQ pour régler des problèmes particuliers. Mentionnons la majoration des forfaits versés aux médecins omnipraticiens et prévus à l'entente particulière pour les services d'urgence des centres hospitaliers.

Par ailleurs, l'entente auxiliaire relative à l'assurance responsabilité professionnelle des spécialistes a été renouvelée pour les années civiles 1997 et 1998 sur la base des paramètres habituels. Toutefois, s'y ajoute le versement de montants forfaitaires additionnels par lesquels le gouvernement assure la totalité des coûts d'augmentation des primes de 1998 par rapport à celles de 1997. Cette entente constitue le prélude à la recherche d'une solution permanente qui serait basée sur l'expérience du Québec et qui accorderait aux parties négociatrices un droit de regard sur la gestion de l'assurance et des réclamations.

La Direction du personnel professionnel de la santé a également assuré un suivi des actions de procédure judiciaire dans le cas d'une contestation des mesures de l'entente concernant la rémunération progressive des jeunes médecins, et en ce qui a trait aux radiologistes qui contestent les plafonds prévus à l'entente avec la FMSQ.

Des protocoles d'accord ont été convenus avec les fédérations et les associations du personnel professionnel de la santé en ce qui a trait à la répartition d'enveloppes budgétaires prédéterminées. De plus, les ententes conclues avec la FMSQ, l'Association des chirurgiens dentistes du Québec et l'Association des optométristes du Québec ont été prolongées et prévoient une enveloppe budgétaire prédéterminée pour chacune des périodes allant jusqu'au 31 mars 2001.

#### **Assurance de services**

À la suite de l'intégration de la couverture de la mammographie de dépistage services assurés dans le cadre du Programme québécois de dépistage

du cancer du sein, une entente est intervenue avec la FMSQ au sujet des conditions de rémunération des médecins radiologistes participants qui bénéficieront d'un « déplafonnement » de certains services liés au programme. Il en est résulté l'ajout d'un montant maximal annuel de 2 400 000 \$ hors masse.

### **Accès aux soins en régions périphériques**

Pour faciliter l'accès aux soins en régions périphériques, le Ministère a appuyé les efforts des facultés de médecine pour y multiplier les stages en spécialités. Introduite il y a trois ans, cette façon de procéder fait partie des mesures devant être adoptées pour inciter les médecins à pratiquer dans les régions reconnues comme insuffisamment pourvues en main-d'œuvre médicale. Ce type de stages - pendant la période de formation des médecins qui s'orientent vers la médecine de famille ou vers diverses spécialités - est considéré comme un élément important pour favoriser le recrutement et le maintien des médecins en région ; leur implantation est bien amorcée dans l'ensemble des régions du Québec.

Conformément à son mandat en vertu duquel il doit soutenir les établissements aux prises avec la difficulté de recrutement du personnel médical, le Ministère a participé au processus de désignation d'une quarantaine de médecins ayant des bourses de formation ou des contrats d'engagement dans les secteurs les plus touchés ; il a également autorisé plus de 900 demandes de dépannage pour pallier les difficultés de maintien des services d'urgence dans les centres hospitaliers et les CLSC du réseau de garde.

Au cours du dernier exercice financier, les travaux de révision du mécanisme de dépannage ont été achevés de concert avec la FMOQ, et la banque des médecins dépanneurs a été mise à jour. Une action commune de communication entre le Ministère et la FMOQ, ayant pour but d'intéresser davantage de médecins au mécanisme de dépannage, est envisagée pour la prochaine année.

### **Programmes de départ assisté et d'allocation de retraite**

À l'occasion de la conclusion de l'entente avec la FMOQ en 1995, un programme d'allocation de fin de carrière à l'intention de leurs membres âgés de 55 ans ou plus a été mis sur pied pour aider à respecter l'enveloppe budgétaire établie. Ce programme s'étend sur trois ans, soit de 1996 à 1998. L'allocation correspond à 150 % du revenu annuel moyen du médecin et le versement est étalé sur une période minimale de quatre ans. Le paiement des allocations est assumé à même l'enveloppe budgétaire globale convenue avec la FMOQ. En 1996 et 1997, 275 médecins se sont

prévalus de ce programme ; pour 1998, 54 médecins avaient présenté une demande au 31 mars, date limite d'adhésion.

Afin d'atteindre son objectif de réduction des coûts de main-d'œuvre, le gouvernement a aussi convenu, en juin 1997, d'un programme de départ assisté avec la FMOQ. En vigueur du 1<sup>er</sup> juillet au 15 septembre 1997, ce programme s'adressait à ceux et à celles d'entre eux âgés de 50 ans et plus ; plafonnée à 300 000 \$, l'allocation de départ est déterminée par l'âge du médecin et varie entre 100 % et 200 % du revenu annuel moyen. Le paiement des allocations est financé à 50 % à même l'enveloppe budgétaire globale convenue avec la FMOQ et à 50 % par le gouvernement. Selon les dispositions de l'annexe XV de l'entente, la participation financière du gouvernement au programme ne peut excéder 27 500 000 \$. Deux cent soixante et un médecins omnipraticiens se sont prévalus du programme de départ assisté.

Un programme d'allocation de retraite a été offert, en octobre 1995, aux spécialistes âgés de 65 ans qui remplissaient certains critères d'admissibilité et devait se terminer en mars 1998. Dans ce programme, des mesures transitoires ont également été offertes, d'octobre 1995 à août 1996, aux spécialistes âgés de 64 ans ou plus. L'allocation attribuable en vertu de ce programme varie de 40 % à 200 % du revenu annuel moyen gagné au cours des trois dernières années (et décroît avec l'âge) pour une allocation maximale de 300 000 \$ consentie généralement pour une période de cinq ans. Ce programme, qui a été prolongé jusqu'en mars 2001, n'a fait l'objet d'aucune enveloppe budgétaire particulière, les allocations ayant été assumées à même l'enveloppe budgétaire globale convenue avec la FMSQ (88 800 000 \$ d'allocations pour 454 contrats signés). Cinquante-deux demandes sont encore en examen et 108 spécialistes âgés de 65 ans pourraient bénéficier de ce programme en 1998-1999. Soulignons également que les médecins sont autorisés à différer leur prise de retraite pour permettre aux établissements de combler leur départ.

Un second programme transitoire d'allocation de retraite a été offert aux spécialistes âgés de 65 ans ou plus au 1<sup>er</sup> juillet 1997 ; les personnes intéressées devaient formuler leur demande avant le 1<sup>er</sup> novembre 1997. L'allocation attribuable en vertu de ce second programme varie de 140 % à 200 % du revenu annuel moyen gagné au cours des trois dernières années. Ce programme est financé à part égale par le gouvernement, dont la part maximale a été fixée à 33 000 000 \$, et par l'enveloppe budgétaire globale convenue avec la FMSQ. Des 262 demandes acheminées, 192 ont été acceptées, 20 ont été refusées, alors que les autres sont en attente d'une décision du comité.

## **5.4. L'effectif médical**

### **Plans régionaux**

Les régies régionales sont légalement tenues de produire un plan de l'effectif médical de leur région qui tient compte des objectifs de croissance et de décroissance en la matière signifiés par le ministre dans son plan de répartition de l'effectif médical au Québec. Ce plan vise à garantir à l'ensemble de la population un accès équitable aux services médicaux.

L'ajout net de médecins prévu annuellement de même que la décroissance de l'effectif des régions les mieux pourvues constituent des facteurs importants lorsqu'il s'agit de déterminer des objectifs de croissance relativement à l'augmentation de personnel médical pour les régions touchées par une pénurie de médecins. Au moment de déterminer les objectifs associés au plan de répartition 1997-2000, le Ministère a procédé à une vaste consultation des régies régionales, des commissions médicales régionales, de la Conférence des régies régionales et de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. Cette consultation a permis l'énoncé d'objectifs de croissance ou de décroissance (autant par spécialité qu'en ce qui a trait à l'omnipratique) qui tiennent compte des besoins précis déterminés par les partenaires régionaux.

Dans le domaine de la planification des ressources médicales, des comités ont examiné des mesures visant l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services médicaux.

### **Inscriptions dans les programmes de formation en médecine**

La Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation en médecine de 1998-1999 à 2000-2001 poursuit deux principaux objectifs. Le premier vise à pourvoir le Québec d'un effectif médical assurant une situation d'équilibre à moyen et à long terme entre la disponibilité des services médicaux et la projection des besoins des Québécoises et des Québécois. Quant au second, il vise à utiliser davantage la capacité d'accueil non utilisée des facultés de médecine en faveur des étudiantes et des étudiants canadiens et étrangers, contribuant ainsi à leur rayonnement hors des frontières du Québec de même qu'à l'émulation de la population étudiante et à la diffusion des connaissances scientifiques.

Conformément à leurs objectifs, les facultés de médecine ont limité le nombre d'admissions d'étudiantes et d'étudiants québécois à 406 places, soit le même nombre qu'en 1996-1997. Compte tenu des autres contingents fixés pour les étudiantes et étudiants provenant de l'extérieur du Québec, 457 places au total sont disponibles en 1997-1998.

Cette politique triennale des inscriptions prévoit l'intégration des personnes diplômées d'une faculté de médecine située hors du Canada et des États-Unis par la voie de la procédure générale d'admission au programme de formation doctorale en médecine.

Au printemps de 1998, la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec a adopté un plan de travail qui propose les études et les analyses nécessaires au suivi des recommandations qu'elle transmet au ministre. Les travaux se poursuivront au cours de la prochaine année.

## **5.5. La main-d'oeuvre non médicale**

Le groupe de travail sur les soins infirmiers a poursuivi ses travaux en vue de permettre au Ministère de préparer un avis concernant la formation en soins infirmiers à l'occasion de la révision de ces programmes de formation en cours au MEQ.

Après le dépôt du rapport du Comité sur l'effectif en médecine dentaire en mars 1997, il a été convenu de mettre sur pied une table de concertation permanente dont les membres doivent se pencher sur les questions relatives à ce sujet.

Par ailleurs, le Comité sur l'effectif en optométrie a prolongé ses travaux et reporté le dépôt de son rapport afin de tenir compte du projet de révision du programme de formation en optométrie de l'université de Montréal.

La Direction générale des relations professionnelles a également mis sur pied un comité sur l'effectif en audiologie et en orthophonie, lequel a amorcé ses travaux en janvier 1998. Enfin, le Ministère a poursuivi ses travaux de réflexion sur les thérapies alternatives.

## **5.6. Le programme de santé et de sécurité du travail dans le réseau**

L'objectif premier du programme SST-réseau est de soutenir le réseau dans le domaine de la gestion de la présence au travail, tant du côté de l'assurance salaire que de la santé et de la sécurité du travail et sous les trois aspects suivants : prévention, financement et réparation.

### **Représentation**

L'une des activités principales du programme est de faire reconnaître les particularités du réseau de la santé et des services sociaux aux divers interlocuteurs tels la CSST et le Conseil du trésor. À titre d'exemple, ses responsables ont analysé les effets de la nouvelle Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant certaines dispositions législatives. De plus, de multiples activités d'analyse ont été réalisées et se poursuivront dans les prochains

mois - avant la date d'entrée en vigueur prévue en janvier 1999 - au regard des modifications aux lois régissant la santé et la sécurité (Loi sur la santé et la sécurité du travail et Loi des accidents du travail et des maladies professionnelles). Ces modifications ont entraîné un remaniement presque complet des règlements afférents à la tarification.

En outre, afin de représenter les intérêts du réseau auprès de différents interlocuteurs, les responsables du programme SST-réseau ont participé, au cours de la dernière année et en collaboration avec les partenaires des réseaux public et parapublic, à différents forums :

- forum gouvernemental auquel ont notamment collaboré le Secrétariat du Conseil du trésor, les associations d'employeurs du réseau de la santé et des services sociaux de même que les représentantes et les représentants des secteurs de la fonction publique et de l'éducation ;
- comité intersectoriel sur l'assurance traitement, mis sur pied pour donner suite au rapport du Vérificateur général de 1996, ainsi qu'à celui de la Commission sur l'administration publique produit en 1997. En plus d'un représentant du programme SST-réseau, ce comité comprend des représentantes ou représentants du Secrétariat du Conseil du trésor, de la fonction publique et du réseau de l'éducation ;
- comité de coordination entre le MSSS, les régies régionales et les associations d'employeurs dont l'objectif est de concerter les activités de chacun des intervenants et des intervenantes du réseau et d'optimiser ainsi l'utilisation des ressources.

Les responsables du programme sont également intervenus auprès de la CSST et du Conseil du patronat pour recueillir de l'information et les sensibiliser aux problèmes propres au réseau de la santé et des services sociaux.

### **Mise en commun régionale**

De concert avec les régies régionales et les associations d'employeurs, les responsables du programme ont effectué des études de faisabilité destinées à évaluer les besoins de services spécialisés pour la gestion de la présence au travail dans six régions. Ces études permettent d'établir le portrait régional des besoins et des ressources existantes tant en santé et en sécurité qu'en assurance salaire.

L'objectif de la démarche est de permettre à chaque établissement, indépendamment de sa taille, l'accessibilité à une gamme complète des services nécessaires à la gestion de la présence au travail en favorisant la mise en commun de services sur une base régionale. La participation à la démarche est

volontaire tant pour les établissements que pour les régies régionales.

Enfin, le Bureau régional de la santé et de la sécurité du travail d'Outaouais (BSSTO) - premier projet-pilote de mise en commun de services pour une région - a terminé sa deuxième année d'existence en équilibre budgétaire permettant ainsi de confirmer la viabilité d'une telle approche sans toutefois discréditer d'autres façon de procéder.

### **Analyse financière et mutuelle de prévention**

La nouvelle tarification de la CSST pour 1998 permet aux employeurs du réseau de se prévaloir d'une nouvelle forme de regroupement : la mutuelle de prévention. Cette possibilité de regroupement nécessite toutefois des engagements importants de la part des employeurs tant du point de vue financier que du point de vue de la gestion des ressources humaines. De concert avec leurs partenaires, les responsables du programme ont donc organisé des rencontres d'information à ce sujet et ils ont procédé à des simulations afin d'évaluer les conséquences financières pour chacun des groupes intéressés à cette forme d'association.

### **Services-conseils en assurance salaire**

Autrefois dispensés par la Commission administrative des régimes de retraite (CARRA), les services-conseils destinés à éclairer les employeurs au sujet de l'assurance salaire ont été dirigés vers chacun des secteurs depuis le mois d'avril 1997, à la suite d'une décision du Conseil du trésor. Le programme SST-réseau ayant cette responsabilité, il a dû répondre à quelque 6000 demandes des employeurs.

Ce service étant un service direct aux établissements, il est appelé à être remplacé par la mise en commun de services sur une base régionale. Ainsi, au fur et à mesure que chacune des régions se dotera de services globaux, les activités de services-conseils diminueront, ce qui est, d'ores et déjà, confirmé dans l'Outaouais.

## **6. Le budget, l'administration et les immobilisations**

La Direction générale du budget, de l'administration et des immobilisations (DGBAI) a principalement pour mandat :

- de rédiger la politique de financement du système sociosanitaire québécois ainsi que le cadre ministériel de la planification budgétaire et financière ;
- de coordonner les opérations du cycle budgétaire ministériel ;
- d'obtenir du gouvernement fédéral les contributions exigibles aux termes des ententes fédérales-provinciales et de gérer ces ententes ;
- de réaliser, en concertation avec les directions générales en cause, le processus du cycle budgétaire gouvernemental lié aux opérations régionales, notamment en recommandant l'approbation et l'allocation des budgets de fonctionnement des régies régionales et des enveloppes budgétaires de chacune des régions et en procédant à l'allocation des crédits régionalisés, en conformité avec les orientations retenues ;
- d'assurer, selon les besoins du Ministère, des régies régionales et des établissements, le développement des systèmes comptables, des règles de gestion financière et de reddition des comptes et de réaliser les opérations de vérification ministérielle prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;
- de définir et de gérer les politiques relatives aux immobilisations, aux équipements, aux approvisionnements, aux services communs et techniques ainsi qu'aux projets de construction et de location d'espaces, en collaboration avec les régies régionales et la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) ;
- d'assurer l'encadrement et l'évolution de la gestion des ressources humaines du Ministère et des organismes relevant du Ministère et de coordonner l'application des politiques en matière de ressources matérielles.

### **6.1. Les ressources matérielles et le financement**

#### **6.1.1. Les activités de soutien du réseau**

##### **Immobilisations et équipements**

Dans le cadre du programme triennal d'investissements 1997-1998/1999-2000, le gouvernement a

autorisé le Ministère à investir 1 708 578 000 \$ afin de réaliser des projets capitalisables d'immobilisation et de technologies de l'information dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. D'ici l'année 2001, il est prévu que ces investissements coûteront au gouvernement la somme de 1 429 264 000 \$, le reste (279 314 000 \$) étant assumé par différents partenaires. Comme pour les années précédentes, la grande majorité de ces investissements (958 674 000 \$) ont été destinés au parachèvement de projets déjà autorisés de même qu'au maintien des actifs dans les régions sociosanitaires du Québec.

Un budget de 470 590 000 \$ a donc été alloué aux nouvelles initiatives. La majeure partie de ce montant (345 000 000 \$) a été réservée au Plan accéléré d'investissements publics 1997-1998, permettant ainsi la mise à exécution de 61 projets d'immobilisations dans la quasi-totalité des régions sociosanitaires québécoises. Tout en favorisant la poursuite de la transformation du réseau, ces projets ont visé plus particulièrement les établissements offrant des soins de première ligne de même que les installations à mission sociale. D'autre part, un montant de 109 590 000 \$ a donné le coup d'envoi à la relocalisation de douze établissements privés conventionnés, principalement dans la périphérie de Montréal. Enfin, un montant de 16 000 000 \$ a été alloué au développement des technologies de l'information.

Conjointement avec les régies régionales, le Ministère a également procédé à l'évaluation des besoins en mobilier et en équipements généraux pour vingt projets totalisant 11 700 000 \$. De plus, en réponse à la demande des établissements du réseau et des distributeurs, le Ministère a mis sur pied un comité chargé de rédiger le Guide d'achat sur les matelas à réduction de pression. La publication de ce document de référence est prévue pour l'automne 1998.

Pour l'exercice budgétaire 1997-1998, ces investissements ont occasionné des coûts totalisant 344 244 000 \$, tandis que les projets réalisés sous la gouverne des régies régionales ont entraîné des dépenses de 163 490 000 \$ ; les frais relatifs aux projets centralisés se sont élevés à 180 754 000 \$.

Pour ce qui est des négociations avec les établissements privés conventionnés, le Ministère et l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec doivent procéder annuellement à la révision de l'entente-cadre liant le Ministère et les



établissements en cause, dans le but de circonscrire les modalités inhérentes à l'organisation, au fonctionnement et au financement de leurs activités.

Les résultats de l'entente récemment intervenue sont très importants. Maintenant d'une durée de cinq ans, cette nouvelle entente s'appuie sur des principes directeurs adaptés à la modernité socioéconomique du Québec, à savoir la régionalisation et la responsabilisation des intervenantes et intervenants, la transformation du réseau sociosanitaire, la mise en place de règles simples et souples et, finalement, la participation des établissements privés conventionnés à l'assainissement des finances publiques du Québec.

C'est dans cet esprit qu'un nouveau partenaire et cosignataire s'est joint aux négociations et au règlement de l'entente, à savoir la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux.

Ce partenariat renouvelé a permis la mise en route de travaux d'immobilisation devant mener, d'ici le printemps 1999, à la relocalisation de dix-neuf établissements privés conventionnés reconnus comme vétustes au sein de douze nouveaux CHSLD conformes aux normes de qualité des bâtiments et des services dispensés aux personnes en lourde perte d'autonomie hébergées dans ces ressources. En vertu de la récente entente, les nouvelles propriétés appartiendront à la CHQ et les détenteurs de permis en seront les gestionnaires d'établissement.

### **Location d'espaces, approvisionnement et services de soutien**

Dans la foulée des consultations menées dans le réseau sociosanitaire québécois au cours des derniers exercices budgétaires, la révision de la réglementation en vue de son allègement s'est poursuivie au cours du dernier exercice financier, dans un contexte général de décentralisation de la prise de décision. Elle devrait trouver son aboutissement en 1998-1999.

En ce qui a trait à l'approvisionnement, les achats regroupés ont représenté, en 1997-1998, plus de 39 % des achats globaux, soit une somme de 562 881 666 \$ sur un montant total de 1 452 734 078 \$. Cette activité a permis de réaliser des économies estimées à plus de 56 000 000 \$. L'entrée en vigueur des amendements à l'Accord de libéralisation des marchés publics a nécessité l'organisation, par le Secrétariat du Conseil du trésor, d'une tournée provinciale d'information à laquelle ont pris part des responsables de l'approvisionnement. A cette occasion, une période de temps a été allouée aux représentantes et aux représentants du Ministère pour permettre aux personnes déléguées par les établissements, les régies régionales et les corporations d'approvisionnement d'obtenir de l'information pertinente. Par ailleurs, la réglementation et les méthodes d'acquisition dans le domaine de

l'approvisionnement sont en voie de révision dans le respect de l'application de cet accord. Les responsables ont également été consultés sur la Politique sur les marchés publics qui devrait remplacer la Politique d'achat du Québec, ainsi que sur des dossiers ou des orientations à portée provinciale. En outre, pour ce qui est du règlement de dossiers complexes, le Ministère a fourni une expertise-conseil aux organismes d'approvisionnement en commun.

À la suite de la demande du ministre adressée aux régies régionales d'amorcer la modernisation des infrastructures administratives et de soutien, le Ministère a déposé dès juin 1997 les résultats d'une étude de rendement touchant dix-sept secteurs d'activité.

L'étude visait à appuyer chacune des régies régionales dans l'élaboration de leur plan stratégique de modernisation. Consécutivement à cette première étape, la Direction générale du budget a examiné les documents déposés par les régies régionales afin de s'assurer qu'ils soient conformes aux orientations ministérielles de réduction d'effectif et de coût. Dès décembre 1997, à la suite du dépôt par les régies régionales de l'état d'avancement de leur dossier de modernisation, le Ministère a procédé à l'analyse des tendances qui se dégageaient des plans d'actions en se concentrant sur les secteurs d'activité visés et sur les mesures d'interventions préconisées ; le but de l'opération était de s'assurer du respect des orientations ministérielles qui prônaient le maintien de la qualité des services offerts à la population. Parallèlement à ces actions, sous l'égide d'un comité MSSS-régies régionales, la direction a préparé un document de travail sur le mode de financement des projets de modernisation qui a débouché sur la définition d'un cadre de gestion.

Il est à noter que les secteurs d'activité touchés par le Plan de modernisation des infrastructures administratives et de soutien ont affiché une diminution de leurs coûts directs bruts globaux de 156 700 000 \$ en 1996-1997. Cela représente une variation de 4,5 % par rapport à l'exercice financier précédent.

### **6.1.2 Les ressources immobilières**

Au cours de l'exercice financier 1997-1998, le Ministère a administré les transactions immobilières réalisées dans le réseau de la santé et des services sociaux, conformément aux dispositions législatives qui requièrent l'autorisation préalable du ministre ou celle du Conseil du trésor, et il a veillé à l'application de la politique relative à la disposition d'immeubles publics excédentaires et de la politique afférente au désintéressement des communautés religieuses dans les établissements publics du réseau. Le Ministère a par ailleurs fourni à la CHQ l'expertise nécessaire à

la négociation et à l'achat d'immeubles pour la réalisation de projets d'investissements, entre autres pour la construction de centres d'hébergement et de soins de longue durée. Enfin, le Ministère a soutenu les régies régionales dans la mise en œuvre de leur plan de transformation, notamment au moment de la conclusion d'ententes visant à mettre fin aux activités d'établissements privés conventionnés.

### **Financement des immobilisations du réseau**

Pour ce qui est de la gestion des projets d'immobilisations du réseau ainsi que du service de la dette qui en résulte, le Ministère a assuré, en collaboration avec la CHQ, le suivi et le contrôle budgétaire des projets de construction centralisés. Un montant de 165 000 000 \$ a été déboursé en 1997-1998 en plus de la consolidation des emprunts liés aux enveloppes d'immobilisations régionales qui s'élevaient à 185 864 000 \$. Pendant ce même exercice financier, des emprunts temporaires mensuels moyens, de l'ordre de 1 037 000 000 \$, ont été maintenus sur les marchés financiers par la CHQ afin de financer le programme d'immobilisations et les échéances obligataires en attente de refinancement.

En outre, le Ministère a géré le service de la dette en cours et le programme de financement à long terme des immobilisations effectuées dans le réseau. À cette fin, après les avoir conseillés en la matière, il a autorisé les établissements publics, ou encore la CHQ, à effectuer des emprunts à long terme totalisant 472 333 984 \$, en plus de s'assurer du versement de crédits budgétaires au montant de 473 118 577 \$, soit la somme requise pour acquitter le service de la dette qui en résulte.

#### **6.1.3. La gestion des ententes fédérales-provinciales**

Pendant l'exercice financier 1997-1998, le Ministère a continué d'assumer la responsabilité, au nom du gouvernement du Québec, de la gestion des ententes à frais partagés liées au domaine des services sociaux. Les réclamations annuelles suivantes ont été présentées au gouvernement fédéral et devraient donner lieu à des droits de remboursement correspondant à 50 % du coût des programmes admissibles. Le remboursement fédéral apparaît dans la colonne de droite <sup>1</sup>:

- le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC 1994-1995)	2 730 810 810 \$
- la Loi sur les jeunes contrevenants (LJC 1994-1995)	28 523 266 \$
- la Loi sur la réadaptation professionnelle des personnes handicapées (LRPPH 1994-1995)	35 376 000 \$ <sup>2</sup>
(LRPPH 1995-1996)	35 376 000 \$ <sup>2</sup>

- l'accord sur l'alcoolisme et la toxicomanie (TRAT 1995-1996)	3 536 000 \$
(TRAT 1996-1997)	3 536 000 \$
- l'entente sur l'accessibilité des services sociaux et de santé, dans leur langue, aux personnes d'expression anglaise (ASA 1996-1997)	380 000 \$

En remplacement du RAPC, le gouvernement fédéral a instauré, à partir du 1<sup>er</sup> avril 1996, le programme de Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) en vertu duquel les provinces n'ont plus à produire de réclamations pour recevoir les contributions fédérales. Le processus de fermeture de l'entente du RAPC, qui a débuté en avril 1996, se poursuivra jusqu'au 31 mars de l'an 2000, date d'abrogation du RAPC.

L'accord TRAT est arrivé à terme en mars 1997. D'autres ententes, telles la LJC et la LRPPH, ont également pris fin en mars 1997. Dans ces dossiers, les discussions se sont poursuivies et ont donné lieu à des ententes transitoires qui seront parachevées au moment de leur révision définitive.

### **6.2. La planification et les stratégies de financement**

Conformément à la démarche gouvernementale de planification stratégique, le Ministère a procédé à la préparation d'un nouveau plan stratégique triennal pour l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux.

Au terme d'un premier cycle de planification (1995-1998), cette démarche a permis de définir le contexte et les enjeux, et de dégager les nouvelles orientations et les objectifs stratégiques retenues par le Ministère pour la période de 1998 à 2001. On trouve également dans le plan des sections portant sur les principales actions entreprises en 1997-1998, sur le suivi des indicateurs de résultat du système sociosanitaire, sur la déréglementation et l'allègement administratif, ainsi que sur le plan de dépenses 1998-1999.

Pour alimenter les tournées régionales de consultation tenues à l'automne 1997 avec les intervenantes et intervenants du réseau, la DGBAI a rédigé un dossier synthèse destiné à dégager le bilan et les perspectives du système sociosanitaire, après trois années de transformation. À la faveur des travaux du groupe de travail mis sur pied à cette fin, le Ministère a préparé

1. Les montants définitifs de la contribution fédérale pourraient varier en fonction des règlements financiers encore à venir dans ces dossiers.
2. Le montant définitif de la contribution fédérale pourrait s'élever à 39 100 000 \$ pour chacune des deux années précitées selon l'éventualité d'une non-utilisation des nouvelles allocations maximales par les autres provinces.

des fiches d'information portant notamment sur l'évolution des coûts et la structure des dépenses ainsi que sur les efforts budgétaires demandés au secteur de la santé et des services sociaux depuis 1995-1996.

Par ailleurs, dans la foulée du Sommet sur l'économie et l'emploi, le Ministère a été désigné, à l'occasion du discours sur le budget 1997-1998, comme responsable de la mise en place du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique dans le secteur de l'économie sociale. A cette fin, il a donc convenu, avec les différentes personnes en cause, des modalités qui ont permis de lancer ce programme au cours de l'exercice financier 1997-1998.

## Budget

L'enveloppe budgétaire allouée à l'ensemble du secteur sociosanitaire, en 1997-1998, est de 12 534 678 000 \$, subdivisée en cinq programmes distincts, et se détaillant comme suit :

- les fonctions nationales  
(programme 01) 151 916 200 \$

Ce programme vise à procurer au Ministère et aux organismes-conseils les ressources et les services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler ses programmes de santé et de services sociaux ; il vise également à permettre la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux et à financer les activités nationales ;

- les fonctions régionales  
(programme 02) 9 206 272 000 \$

Ce programme vise à assurer à la population les services favorisant l'atteinte des objectifs définis par la Politique de la santé et du bien-être en matière d'adaptation sociale, de santé physique, de santé publique, de santé mentale et d'intégration sociale. Les dépenses incluent les frais d'administration des régies régionales ;

- la recherche  
(programme 03) 63 128 700 \$

Ce programme vise à favoriser l'acquisition de connaissances nécessaires à la définition et à la mise en œuvre de programmes de santé et de services sociaux. Les coûts incluent les frais d'administration afférents ;

- l'Office des personnes handicapées du Québec  
(programme 04) 48 21 500 \$

Ce programme vise à assurer l'exercice des droits des personnes handicapées. Il permet à l'Office de traiter les demandes d'aide matérielle et d'assu-

rer la cohérence et la complémentarité des interventions auprès des personnes handicapées. Les coûts incluent les frais d'administration afférents ;

- la Régie de l'assurance maladie du Québec  
(programme 05) 3 065 142 600 \$

Ce programme vise à couvrir le coût des services assurés à l'intérieur des régimes d'assurance maladie, d'assistance et les frais afférents.

L'action du Ministère ne porte plus sur la gestion courante du réseau, mais sur une approche systémique orientée vers les priorités et les résultats attendus. Ainsi, il coordonne l'attribution et le rééquilibrage des ressources dans les régions, il assure le suivi des prévisions de dépenses et il regroupe les informations en vue de l'étude et de l'acceptation des crédits en commission parlementaire. À l'intérieur de l'enveloppe budgétaire, le Ministère est responsable :

- de l'élaboration de la programmation budgétaire ;
- du contrôle de la régularité, de la conformité et de la comptabilisation des engagements nationaux ;
- de l'administration des revenus et des recettes.

Pour consolider et renforcer la capacité de décision des instances locales (régies régionales et établissements), des dispositions réglementaires ont été allégées permettant ainsi une plus grande souplesse administrative. En 1997-1998, à l'occasion du réalignement des services à la population et de la réduction des coûts, le Ministère a privilégié certains objectifs, soit :

- la poursuite de la transformation du réseau ;
- la réévaluation des services publics en optimisant le potentiel d'économies lié à la tarification ;
- la réduction de l'enveloppe globale de rémunération.

L'ensemble de ces opérations s'est effectué dans un contexte de régionalisation et de mise en place de solutions de rechange à l'hospitalisation et à l'hébergement. Alors que l'État est à réviser son rôle fondamental, les ressources sont aménagées afin que le système de santé et de services sociaux puisse répondre de façon plus efficace et plus efficiente aux besoins croissants de la population.

## Normes et pratiques de gestion

Plusieurs décisions importantes de nature financière ont été prises en 1997-1998 et ont touché les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Mentionnons, entre autres, l'adoption du programme de départ volontaire à la retraite, l'allègement de certains efforts budgétaires et la prise en charge d'une partie de la dette des établissements.

Ces décisions et une situation financière plus délicate ont amené le Ministère à émettre de nombreuses directives d'encadrement et à modifier plusieurs de ses prescriptions relatives à la reddition de comptes des établissements, afin d'être en mesure de vérifier les conséquences des décisions préalablement adoptées, d'établir la situation financière réelle des établissements et de permettre la correction de certaines situations.

En 1997-1998, le personnel du Ministère a poursuivi ses travaux afin de simplifier la préparation par les établissements de leur rapport financier et statistique, ce qui l'a conduit à revoir en profondeur le contenu de la majorité des rapports annuels devant être transmis au Ministère.

Dans le même ordre d'idée, des propositions ayant pour but d'alléger la gestion financière des établissements en permettant une plus grande décentralisation des décisions ont été mises en avant et intégrées dans le projet de loi 404 (modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives).

Les efforts pour réduire autant le nombre de directives déjà en place à l'intention des établissements que celui des directives émises annuellement se sont poursuivis en 1997-1998. Des résultats très concrets ont été atteints dans ce domaine permettant d'alléger la gestion des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, des travaux ont été entrepris afin de permettre une diffusion plus rapide et moins coûteuse de ces directives par l'entremise d'Internet.

Les matières afférentes aux normes et aux pratiques de gestion ont fait l'objet de sessions de formation en 1997-1998. L'ensemble des régies régionales et plus de 200 personnes travaillant comme vérificatrices et vérificateurs externes dans le réseau ont été rejointes par ces sessions.

Par ailleurs, en vertu du pouvoir conféré au ministre par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, plusieurs vérifications ministérielles ont été effectuées dans des établissements, lesquelles ont permis d'adresser aux autorités visées les recommandations appropriées quant aux correctifs à apporter pour se conformer à la loi, aux règlements ou aux directives ministérielles en vigueur.

### **Système budgétaire et financier**

Au cours de l'année 1997-1998, de nouvelles améliorations ont été apportées au système budgétaire et financier de façon à permettre aux régies régionales d'être plus autonomes sur ce plan dans l'exercice de leurs responsabilités. Le système a été modifié afin de rendre opérationnelle la nouvelle structure des pro-

grammes budgétaires du Ministère dès le 1<sup>er</sup> avril 1997, cette modification s'étant traduite par un élargissement de la capacité des régies régionales à effectuer des réaménagements budgétaires entre établissements et organismes au niveau régional. De même, une refonte du module de suivi financier a été réalisée, ce qui donne une plus grande souplesse aux établissements dans l'évaluation de leurs prévisions financières. Enfin, le Ministère a procédé à l'amélioration de la plate-forme technologique du système dans le but d'en améliorer la performance globale.

L'année 1997-1998 a été une année particulièrement préoccupante pour le réseau sur le plan budgétaire et financier. Aux prises avec d'importantes réductions budgétaires et en voie d'achever la transformation, le réseau a éprouvé de nombreuses difficultés à atteindre les objectifs fixés. L'ampleur de ces difficultés a d'ailleurs nécessité l'intervention du gouvernement qui annonçait, en septembre 1997, sa décision de réduire les efforts budgétaires demandés en 1997-1998 et de consolider le service de la dette des établissements découlant du financement du programme de départ volontaire et des effets de transition liés à la transformation du réseau. Le gouvernement reconnaissait ainsi l'importance des efforts faits par le réseau au cours des dernières années et entendait lui donner l'oxygène nécessaire pour lui permettre d'assurer la continuité des services à la population.

Le Ministère a donc procédé, au cours de l'année 1997-1998, à la consolidation des emprunts découlant de cette prise de décision. L'opération s'est effectuée par l'entremise de la CHQ et a été menée en collaboration avec les régies régionales.

Dans la foulée de cette opération, le Ministère a également adopté des dispositions, de concert avec les régies régionales, pour effectuer un suivi plus intensif et rigoureux de la situation financière des établissements. Ces démarches ont donné lieu à la tenue de rencontres régionales ainsi qu'à la collecte de renseignements complémentaires à ceux transmis par l'intermédiaire du système budgétaire et financier. Elles ont également permis d'envisager de façon plus juste la capacité du réseau à fournir les efforts nécessaires et à faire des estimations plus précises des résultats financiers anticipés au 31 mars 1998.

### **Opérations budgétaires**

Le Ministère a continué d'appuyer les régies régionales sur toutes les questions relatives aux enveloppes de crédits, soit pour l'engagement, le réaménagement ou le transfert de crédits. Il a participé activement à la consolidation, par voie d'emprunt, des mesures de départ assisté et des mesures découlant des allègements budgétaires qui ont été consenties en 1997-1998 à l'ensemble du réseau.

Cette période aura aussi permis de perfectionner les moyens retenus pour effectuer la mise à jour périodique des enveloppes régionales de crédits destinées à assurer un suivi adéquat des objectifs de la transformation et de l'allocation des ressources qui en découle.

De plus, pour assurer le suivi des budgets de fonctionnement des régies régionales, du Conseil cri et du Centre Katéri Mémorial, le Ministère a demandé qu'on procède aux analyses des rapports financiers annuels de ces organisations en faisant appliquer notamment la procédure de fermeture annuelle des livres.

### **6.3. La construction**

Au cours du dernier exercice financier le Ministère a mis en application le cadre de gestion des immobilisations relatif aux projets de construction.

Dans la foulée de cette opération, il a également mis sur pied un comité chargé d'implanter et de structurer un mécanisme de planification du parc immobilier régional. En collaboration avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, un projet-pilote est actuellement en cours.

Le Ministère a assuré son rôle de conseil et d'orientation auprès du réseau en menant des études de faisabilité, des analyses de programmes fonctionnels et techniques, des analyses de plans et devis et de nombreuses expertises techniques. Pendant l'année, il a également effectué des analyses qualitatives détaillées de sept établissements de la région de la Chaudière-Appalaches, quatre de la région de la Montérégie-Ouest et trois de la région du Saguenay afin de permettre aux régies une meilleure planification au regard des immobilisations en place.

Enfin, le Ministère a contribué à la réalisation de divers projets centralisés d'immobilisation en amorçant 97 nouveaux projets de construction d'une valeur de 596 000 000 \$. À la fin de l'année financière 1997-1998, un total de 217 projets évalués à 1 600 000 000 \$ étaient en voie de réalisation.

### **6.4. Les services aux communautés culturelles et l'accès aux services en langue anglaise**

La Loi sur les services de santé et les services sociaux précise que les personnes d'expression anglaise ont le droit de recevoir, sous certaines conditions, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise. Une de ces conditions est que ces services soient indiqués dans les programmes d'accès préparés par les régies régionales, travail qui s'est effectué en 1995 et 1996. Les nombreux changements survenus entre le dépôt des projets de programmes et

leur présentation ont nécessité une mise à jour de ces programmes. Il a donc fallu demander aux régies régionales une révision des programmes d'accès qui tiennent compte de la transformation de l'organisation des services et le très grand nombre de départs des membres du personnel du réseau. Le Ministère a soutenu les régies régionales pendant cette démarche afin que les programmes reflètent le nouveau contexte, tout en s'assurant que l'accessibilité aux services en langue anglaise soit maintenue. L'opération devrait se terminer à l'automne 1998.

Quant aux services pour les membres des communautés culturelles, le Ministère continue d'assurer le financement d'activités particulières à leur intention, telles la coordination interrégionale de banques d'interprètes, la traduction de documents et le soutien aux organismes travaillant auprès de ces communautés. En outre, des jalons ont été posés afin de revoir la façon de procéder quant à la contribution des personnes hébergées qui sont parrainées.

### **6.5. La coordination des affaires autochtones**

En 1997-1998, l'unité de coordination des Amérindiens et des Inuits a poursuivi son mandat de représentation auprès du Secrétariat aux affaires autochtones, des autres ministères et organismes, de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, et du gouvernement fédéral. Les activités liées aux négociations avec les nations et communautés autochtones pour les questions se rapportant à l'organisation des services de santé et des services sociaux ont toutefois constitué la priorité.

De plus, les pourparlers avec les négociateurs de la nation Naskapie ont été complétés en vue d'une mise à jour du chapitre X de la Convention du Nord-Est québécois, l'étape suivante étant sa validation et la ratification de ce chapitre par les instances en cause. À la suite de discussions, un accord est intervenu qui permet dorénavant au ministre de participer à des pourparlers relatifs au chapitre XIV de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois avec les Cris de Eeyou Istchee.

Au cours de l'année, le Ministère a également participé aux travaux de la Table centrale de négociations globales avec les conseils tribaux montagnais.

Enfin, il faut noter la participation du Ministère aux discussions avec les représentants des Mohawks de Kahnawake en vue de mieux définir les rapports entre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie et les instances du Centre Katéri Mémorial.

Le Ministère a aussi mis en marche des travaux préparatoires au projet-pilote concernant l'implanta-

tion d'un système d'intervention d'autorité Atikamekw relativement à la Loi sur les jeunes contrevenants et à la Loi sur la protection de la jeunesse.

Comme à chaque année, le Ministère s'est assuré du renouvellement des ententes tripartites entre certains conseils de bande, le ministère fédéral des Affaires indiennes et du Nord et certains centres de protection de l'enfance et de la jeunesse quant à l'ensemble des services sociaux devant être dispensés.

Sur un autre plan, le Ministère a reçu et poursuivi l'examen du rapport du Groupe de travail sur la protection de la jeunesse et les jeunes contrevenants déposé par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

## **6.6. Les relations intergouvernementales**

Au cours de la dernière année, le service des relations intergouvernementales a préparé des activités à plusieurs volets. Ainsi, conformément aux décisions gouvernementales et ministérielles, le service a coordonné la participation du Ministère aux activités multilatérales sur la scène canadienne, ce qui l'a amené à collaborer aux travaux liés à la participation du ministre à cinq conférences ainsi qu'à la participation d'un représentant du ou de la sous-ministre à quatre conférences.

En collaboration avec le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes et les directions générales visées à l'intérieur du Ministère, le service a également coordonné la participation de représentantes et représentants du Ministère à plus de 38 forums ou groupes de travail multilatéraux dans les domaines de la santé, des services sociaux et de la justice applicable aux jeunes, cette participation étant motivée par les avantages scientifiques ou stratégiques que le Ministère est susceptible de retirer de ce type d'activités.

Par ailleurs, le service a collaboré avec diverses personnes déléguées par les ministères de la Justice, de l'Emploi et de la Solidarité, des Relations avec les citoyens et de l'Immigration dans les dossiers requérant l'expertise du Ministère.

Finalement, le service a participé à de multiples discussions portant sur le renouvellement ou l'interprétation d'ententes déjà en vigueur, notamment l'entente sur les jeunes contrevenants et celle sur la réadaptation professionnelle des personnes handicapées. Le service est aussi en train de compléter la négociation de l'entente sur l'aide à l'employabilité des personnes handicapées (AEPH).

## **6.7. Les services au personnel**

### **Dotation**

En plus de ses activités habituelles liées au suivi de l'effectif et de la masse salariale, des promotions sans concours, des mouvements de personnel par mutation, affectation, reclassement ou d'autres manières, le Service de la dotation a surtout concentré ses efforts au cours de la dernière année, à conseiller les gestionnaires en ce qui a trait à l'utilisation maximale de leur personnel, et les employées et employés du Ministère quant à la gestion de leur carrière.

En effet, l'évolution du rôle du Ministère au cours des dernières années a amené une modification importante des besoins de main-d'oeuvre. Cette évolution entraîne par ailleurs un désir important de mobilité chez certaines personnes pour qui les nouvelles orientations ne correspondent plus à leur profil de carrière. La mobilité des gens au sein de l'appareil gouvernemental étant largement limitée au cours des dernières années en raison notamment de la gestion du personnel en surplus, il devient impératif de chercher des solutions davantage adaptées pour répondre aux besoins de l'organisation et permettre l'épanouissement des individus dans leur carrière. À ce propos, de nombreuses expériences de permutation ont été tentées.

Enfin, au cours de la dernière année, le service a été associé de près au processus de réorganisation administrative de la Direction générale des technologies de l'information (DGTI). Il s'agissait d'une réorganisation majeure qui entraînait des changements importants, non seulement pour ce qui est des mandats et des activités de chacune des unités administratives, mais aussi quant aux responsabilités et aux attitudes du personnel. Cette opération s'est échelonnée sur une période de six mois et elle a nécessité la participation active du service à toutes les étapes et plus particulièrement dans la révision des mandats de la DGTI, la définition des différentes unités administratives, la description des emplois de même que la détermination du niveau de ces emplois ; le service s'est également penché sur les questions relatives à l'affectation du personnel. Sa participation ainsi que la circulation de l'information ont été des éléments clés du succès de cette opération qui a exigé également du Service de la dotation de nombreuses interventions d'aide à la carrière.

### **Relations de travail**

Le début de l'année financière 1997-1998 a été marquée par la mise en place d'un nouveau programme de départ assisté. Les avantages offerts à l'intérieur de ce programme ont permis au Ministère

de négocier et de conclure 86 ententes de départ à la retraite.

Le Comité ministériel sur l'organisation du travail (CMOT) a poursuivi des travaux tout au cours de l'année. Rappelons qu'il a été créé pour faciliter l'atteinte des objectifs gouvernementaux visant à déterminer des façons d'économiser sans pour autant nuire au bon fonctionnement des services, et tout en maintenant la qualité de vie au travail. Sur ce chapitre, la procédure portant sur l'obligation de consulter les syndicats au sujet des projets de sous-traitance a été instaurée, leur permettant ainsi d'être informés des projets avant l'octroi de contrats et de pouvoir formuler leurs commentaires sur le sujet ; les membres du CMOT ont participé à la préparation de cette procédure.

Les membres du CMOT se sont aussi entendus sur certaines modifications à apporter au régime ministériel d'aménagement du temps de travail. Précisons qu'entre le 1<sup>er</sup> avril 1997 et le 31 mars 1998 un peu plus d'une centaine de personnes ont été, à un moment ou l'autre de l'année, en aménagement du temps de travail.

Quant au dossier sur la santé et la sécurité du travail, le comité régional s'est réuni régulièrement pour poursuivre son travail de prévention et d'amélioration des conditions de travail. Par ailleurs, le coordonnateur ministériel a procédé à la révision des programmes de prévention.

### **Services du développement**

Afin de favoriser l'accroissement, la formation et l'adaptation de son personnel, le Ministère a investi en tout direct et indirect, au cours de l'année 1997-1998, la somme de 244 650 \$. Si l'on ajoute à ce déboursé le salaire du personnel, cet investissement représente 2,26 % de la masse salariale de l'effectif. Parmi les secteurs où la contribution du Ministère est la plus élevée sur le chapitre de la formation, le domaine de la bureautique a continué d'occuper la place dominante, notamment à la suite de l'implantation du progiciel Lotus Notes. Plus de 600 personnes ont suivi un cours de formation sur ce nouvel outil de travail.

Au cours de l'année financière, le Service du développement a été mis à contribution pour épauler le changement organisationnel. Il est intéressant de souligner la démarche participative instaurée par la DGTI, laquelle a suscité une vive participation du personnel dans la définition et la mise en place des nouveaux mandats et d'une nouvelle structure de fonctionnement. Cette opération, qui a nécessité un investissement de temps important, s'est avérée un franc succès.

Vers la fin de l'année, le Ministère a eu en main les résultats de la recherche conduite par l'Université Laval. Cette étude visait principalement à mieux comprendre les attitudes et les comportements des individus dans un contexte de changement organisationnel. Le Ministère a reçu les résultats et entend donner suite aux conclusions de cette recherche au cours de l'année 1998.

Enfin, le Ministère a réalisé plusieurs activités liées à la santé et à la sécurité, à la retraite ainsi qu'au maintien et au développement de l'expertise dans l'emploi. Des programmes portant sur la prévention ou sur la sensibilisation ont aussi été mis en avant pour souligner des événements particuliers. De plus, le Ministère a continué de soutenir les gens désireux de parfaire leur formation, et de favoriser l'accès à l'égalité en emploi.

### **Programme d'aide aux employées et employés**

Le programme d'aide aux employées et employés (PAE), dans sa forme actuelle, a maintenant dix ans au Ministère. De type multi-volets, il se préoccupe de l'ensemble des problèmes personnels liés au travail ou à la vie privée. Ses responsables ont effectué 277 interventions d'aide individuelle et consacré environ 295 heures à son application.

À l'occasion des activités de prévention et de promotion de la santé et du bien-être, l'ensemble du personnel a pu bénéficier de plusieurs conférences abordant différents thèmes de la vie courante, notamment la santé mentale et l'adaptation aux différents changements organisationnels.

### **6.8. Les ressources matérielles**

La Direction des ressources matérielles du Ministère a la responsabilité de coordonner l'application des politiques en matière de ressources matérielles, entre autres domaines, dans ceux de la gestion des espaces, des télécommunications, des équipements, de l'approvisionnement et du courrier, tout en facilitant l'accès à des services de qualité au meilleur coût possible.

Au cours de l'exercice financier 1997-1998, les objectifs de rationalisation ont été poursuivis dans la gestion des espaces et des télécommunications. Ainsi, le Ministère a cédé un espace de 2005,71 m<sup>2</sup> servant d'entrepôt pour le remplacer par un plus petit de 752,32 m<sup>2</sup> et un investissement de 26 390 \$. Cette opération a permis de diminuer les espaces de 1253,39 m<sup>2</sup> et d'économiser annuellement 95 023 \$.

L'installation d'un système de sécurité appelé « carte clé », au coût de 70 400 \$, et une dépense annuelle récurrente de 1 800 \$ a permis d'économiser 218 400 \$ annuellement sur les frais de gardiennage.

L'intérieur de l'édifice Le Mil Cinq a été repeint en collaboration avec le propriétaire et avec la participation du personnel quant au choix des couleurs. La direction a également porté un soin spécial à la salle Adrien-Gaumont.

Enfin, l'équipe de la gestion des espaces a traité 1 902 demandes de services liées aux installations matérielles, au fonctionnement des installations et au prêt de matériel audiovisuel.

Le Service de l'approvisionnement et des services a traité, au cours de l'année, 1 863 réquisitions à l'entrepôt et a émis 4 387 commandes à différents fournisseurs pour répondre aux besoins des unités administratives du Ministère. De plus, il a procédé au déménagement de son entrepôt du 815, rue Joffre au 1215, rue des Artisans, dans le parc industriel Saint-Malo. Enfin, au début de l'année, soit en avril 1997, le service a transféré tous les « formulaires-réseau » à la firme Partagec qui en fait maintenant la distribution à la place du Ministère.



## 7. Les technologies de l'information

La Direction générale des technologies de l'information (DGTI) a pour mandat :

- d'assumer des fonctions d'orientation, de stratégie, de politique et de coordination d'ensemble en matière de technologies de l'information en s'appuyant sur une gestion par résultats ;
- d'assurer la concertation et le soutien à la gestion des changements liés à l'utilisation des technologies de l'information ;
- d'assurer le développement et le maintien de projets informationnels au Ministère ;
- d'assurer une vigie technologique ;
- de fournir un soutien technologique au Ministère.

L'année 1997-1998 s'est caractérisée par la création de la DGTI ayant donné lieu par la suite à une série d'actions qui ont contribué à transformer la Direction des ressources informationnelles en direction générale.

L'une de ces actions a consisté à définir le travail de chacun des partenaires du Ministère, ce qui a amené le ministre à annoncer, le 29 octobre 1997, aux présidentes et aux présidents des régies régionales un nouveau partage des rôles en matière de planification, d'organisation et de gestion courante des ressources informationnelles du secteur sociosanitaire. Ce partage s'est appuyé sur une volonté de complémentarité et d'utilisation optimale de l'expertise, tout en tenant compte de la mission et des responsabilités des organisations en cause. Ainsi, le Ministère, la RAMQ, la société Sogique, les régies régionales et les établissements ont chacun un rôle à jouer à l'égard de l'informatisation du secteur sociosanitaire, rôle variable en fonction de leur propre expertise.

Plus explicitement, le mandat confié à la DGTI vise à s'assurer que :

- les technologies de l'information soient utilisées et exploitées pour soutenir et faciliter l'atteinte des objectifs de service du réseau de la santé et des services sociaux ;
- les orientations stratégiques en technologies de l'information soient complémentaires des orientations de service ;
- une veille technologique permette au secteur sociosanitaire de profiter des fabuleuses possibilités offertes par les nouvelles technologies ;
- la concertation des partenaires du secteur en matière de technologies de l'information favorise

l'atteinte de la complémentarité recherchée et contribue à l'élimination des duplications ;

- les décisions d'opportunité assurent le développement cohérent des systèmes d'information ;
- le personnel du Ministère bénéficie du soutien dont il a besoin pour une utilisation adéquate et efficace des technologies de l'information.

En vertu de sa mission, la DGTI s'est assurée la collaboration de quatre équipes, soit :

- une équipe dont le mandat est lié à la définition des orientations et à leur concrétisation ;
- une équipe dont le mandat est lié à la concertation et au soutien à la gestion des changements inhérents à l'utilisation des technologies de l'information ;
- une équipe dont le mandat est lié aux services et aux projets informationnels du Ministère, ainsi qu'à une veille technologique ;
- une équipe dont le mandat est d'effectuer le suivi administratif de la direction générale afin de fournir l'information de gestion nécessaire à la prise de décision ainsi qu'à la reddition de comptes.

La réorganisation administrative s'est déroulée sur une période de six mois, de septembre à mars, et elle a nécessité la participation active du personnel de l'ancienne Direction des ressources informationnelles. Ainsi, au moins une quarantaine de personnes ont participé à la définition de la nouvelle organisation et cinq assemblées générales ont été tenues. Tous les postes ont été redéfinis et l'ensemble du personnel de la DGTI a été invité à manifester son choix et à exprimer ses besoins de formation. Cette stratégie a permis de faire comprendre aux gens les défis à venir et elle a facilité la mobilité des individus.

En ce qui a trait aux réalisations, la DGTI a pris en charge plusieurs dossiers stratégiques pour le Ministère, mais aussi pour tout le secteur sociosanitaire ainsi qu'en fait état ce qui suit.

### 7.1. Le réseau de télécommunication sociosanitaire

Les plus récents travaux d'orientation menés en matière de technologies de l'information convergent vers la nécessité d'intensifier les échanges d'informations dans le réseau sociosanitaire. Il s'agit là d'un élément essentiel pour compléter la mise en place du réseau intégré de services de santé et de services

sociaux. C'est sur cette toile de fond que le Ministère lançait, en juin 1997, un appel d'offres public pour doter le réseau sociosanitaire québécois d'une infrastructure de télécommunication sécuritaire, robuste et performante. Le choix du fournisseur était annoncé en décembre 1997 et la phase d'ingénierie générale du réseau de télécommunication s'est amorcée au début de l'année 1998. Sa mise en opération débutera à la mi-septembre 1998 en suivant les priorités fixées par les régies régionales sur leur territoire, et tous les sites seront connectés avant la fin de 1999.

Le réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS) permettra de desservir les quelque 539 établissements de santé et de services sociaux (au-delà de 2100 sites physiques), les régies régionales, la RAMQ, l'OPHQ, le Ministère et les organismes relevant du ministre. L'approche retenue vise à mettre en place une infrastructure commune unique de façon à obtenir le maximum de retombées pour le réseau : coûts moindres, homogénéité de la solution d'ensemble, intégrité de la sécurité et de l'exploitation et, enfin, plus grande facilité d'implantation des systèmes d'informations communs. De plus, le processus d'acquisition a été construit de façon à ce que ce réseau n'ait pas à investir dans la mise en place d'une telle infrastructure. Ainsi l'utilisation des services du RTSS se fera plutôt sur la base du paiement au fournisseur de frais mensuels correspondant à la capacité de transmission requise et incluant tous les services afférents (fourniture, entretien et mise à niveau des équipements de connexion, transport des données, gestion de l'infrastructure, etc.).

Le RTSS rendra possible l'implantation d'une gamme étendue de services faisant appel aux données, à la voix et à l'image dont la messagerie électronique, le travail de groupe, l'interconnexion, le partage de systèmes informatiques, la télé médecine et, éventuellement, la téléphonie et la vidéoconférence.

Les volets de sécurité et de confidentialité constituent un élément crucial de la mise en place du RTSS et ils seront traités comme tels. Ainsi, avant d'amorcer son déploiement, plusieurs comités devront se pencher sur l'ensemble de cette problématique, notamment sur la mise en œuvre des propositions du fournisseur relatives à la sécurité dans son ensemble et sur les politiques et procédures à adopter dans chaque site relié au RTSS.

## **7.2. Les ressources informationnelles du secteur sociosanitaire**

Au cours des dernières années, le réseau sociosanitaire québécois a effectué plusieurs projets et interventions destinés à favoriser la mise en place de systèmes informatiques et de technologies de l'infor-

mation qui répondent à ses besoins. La transformation du système de santé et de services sociaux vers un réseau intégré de services suscitant une nouvelle dynamique, il faut désormais s'interroger sur la façon la plus efficace d'utiliser les technologies et de mettre au point des systèmes qui permettront la mise en commun de l'information sociosanitaire et surtout la protection des renseignements personnels.

C'est dans cette perspective que les travaux de planification (1998-2001) ont débuté à la fin de 1997 avec l'objectif de répondre à trois questions fondamentales : Pourquoi recourir aux ressources informationnelles ? Quels leviers sont les plus susceptibles d'avoir un effet structurant ? Comment réaliser collectivement un vaste projet de modernisation technologique dans un réseau comme celui de la santé et des services sociaux ?

Une des premières actions a été de dresser l'état de la situation actuelle du secteur sociosanitaire québécois en matière de technologies de l'information, et d'énoncer une vision commune de la contribution attendue de ces technologies, ce qui a donné lieu à la publication du document *Une information de qualité, pour des services de qualité*. Ces éléments ont par la suite permis de dégager les orientations générales qui guideront les priorités d'action et d'investissement, et les principes directeurs qui encadreront les actions futures.

L'ensemble des besoins et le chantier global de développement des technologies de l'information ont été passés en revue afin d'établir les priorités d'action, c'est-à-dire déterminer les projets qui devront être pris en charge au cours des trois prochaines années. Cette démarche de planification a également suscité une réflexion de fond sur les avenues privilégiées pour financer cet imposant chantier ; les processus de décision et de concertation ont été mis au point pour assurer la mise en œuvre et l'évolution de la planification stratégique.

Le secteur sociosanitaire en est à ses premiers pas en matière d'action concertée dans ce domaine et il est clair que des efforts importants devront être investis pour consolider la complémentarité et éviter les doublons. Une des contributions les plus attendues de la planification stratégique est de favoriser la concertation et la cohérence des actions en matière de technologies de l'information dans le secteur sociosanitaire. C'est dans cette optique que l'approche de travail adoptée est axée sur la participation et la collaboration de toutes les personnes en cause. Ainsi, cette démarche de concertation s'est appuyée sur une consultation de tables nationale, régionales et sectorielles auxquelles a notamment participé le secteur de l'industrie.

### **7.3. Le passage à l'an 2000**

Des systèmes d'information mis au point il y a quelques années ainsi que les équipements qui utilisent des microprocesseurs doivent être vérifiés sinon modifiés pour demeurer fonctionnels au moment du passage à l'an 2000. Il en est de même des équipements biomédicaux et de tout autre équipement technologique fonctionnant à l'aide d'une puce ou d'un processeur (ex. : équipement d'immobilisation). Toute modification ou perte de l'un des éléments d'un programme peut entraîner des conséquences très importantes sur la capacité d'une organisation à maintenir un ou plusieurs de ses services. Pour le Ministère, il est impératif que chaque établissement s'assure du bon fonctionnement de ces équipements en temps voulu, car il s'agit d'une question de santé et de bien-être des citoyennes et des citoyens du Québec.

En novembre 1997, la DGTI obtenait le mandat d'assurer la coordination du dossier de la conversion des systèmes à l'an 2000 pour le réseau sociosanitaire. Au début de janvier 1998, un plan de gestion a été conçu dont les principaux éléments sont : la mise en place d'instances de \Coordination étroitement interreliées et interdépendantes à tous les paliers (provincial, régional et local) ; la mise à jour complète de l'inventaire de tous les équipements et logiciels pouvant comporter des risques de perte d'éléments avant les vacances d'été 1998 ; une coordination centralisée des informations et activités liées à l'adaptation à l'an 2000 ; la conception de plans de contingences visant à mettre en place des solutions de rechange dans les situations où des contraintes ne permettraient pas de réaliser les conversions nécessaires avant le 1er janvier de l'an 2000.

Un centre de coordination nationale a été créé, mais le plus gros du travail est à faire dans l'année à venir.

### **7.4. Les ressources informationnelles du Ministère**

En ce qui a trait à l'infrastructure technologique, au développement et à l'entretien du parc technologique et des systèmes ministériels, l'année 1997-1998 a donné lieu principalement aux réalisations suivantes :

- le passage de tous les postes de travail à l'environnement Windows, la finalisation de l'adoption de la gamme de produits bureautiques Microsoft Office et le changement pour le courrier électronique Lotus Notes ;
- l'installation complète de serveurs de télécopie dans le but de faciliter la transmission et la réception de documents directement sur les postes de travail ;

- la mise en service de serveurs d'applications Lotus Notes destinés notamment aux communications internes du Ministère et au partage d'informations et d'applications dans le secteur sociosanitaire ;
- l'accès aux services Internet pour tous les postes de travail, la création d'un Intranet ministériel et le maintien du site Internet ministériel ;
- la réorganisation du service à la clientèle et la mise en place d'une équipe ministérielle chargée du développement du collecticiel Lotus Notes et du soutien aux utilisatrices et utilisateurs ;
- la planification des travaux de conversion des systèmes ministériels au passage à l'an 2000 et le début des travaux d'adaptation nécessaires ;
- la gestion, l'exploitation, la diffusion, l'entretien, l'amélioration, la correction des dysfonctionnements des systèmes existants et des banques de données disponibles ;
- la poursuite du développement ou l'acquisition de nouveaux systèmes et de nouvelles banques pour soutenir la mission et les opérations du Ministère.

## **8. La coopération internationale et le partenariat économique**

En 1997-1998, le Ministère a mis en place la Direction générale de la coopération internationale et du partenariat économique (DGCIPE) dotée d'une double responsabilité qui s'applique dans le respect des mandats des divers ministères et organismes et dans le respect également des mandats des intervenantes et des intervenants en cause, à savoir :

- susciter et promouvoir la réalisation de projets de coopération internationale ;
- instaurer les conditions propres à favoriser le partenariat économique avec les industries de la santé afin de permettre l'exportation de l'expertise, des services et des produits québécois.

### **8.1. La coopération internationale**

#### **Coopération bilatérale**

Au cours de la dernière année, le Service de la coopération internationale a collaboré à l'organisation de quinze missions du Québec en France portant sur les technologies, de l'information, la régionalisation des services, les indicateurs sociosanitaires, les services aux personnes âgées, la santé mentale, la toxicomanie, la santé des adolescentes et des adolescents et l'économie de la santé.

Par ailleurs, il a participé à l'accueil de neuf missions françaises au Québec axées sur l'alcoolisme et la santé, l'agrément des hôpitaux, la violence, les réformes sociosanitaires, l'organisation des services et la réduction des dépenses, et les technologies de l'information. Enfin, le Ministère a signé une entente de coopération avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité de France sur l'économie de la santé, la réorganisation des services sociosanitaires, les technologies de l'information, la santé publique et la promotion de la santé.

Le service a collaboré à l'organisation de deux missions en Catalogne : celle du Conseil d'évaluation des technologies de la santé, en mai 1997, et celle du Centre d'évaluation des sciences de la santé de l'université Laval, en février 1998.

La santé a été ajoutée comme sujet de coopération à l'occasion de la rencontre de la Commission Québec-Viêt Nam qui s'est tenue à Hanoi, en mars 1997, et à laquelle participait le service. Les domaines plus précis de coopération sont le développement des vaccins, la gestion hospitalière et la formation du personnel. À l'intérieur du suivi de cette entente,

l'institut Armand-Frappier a reçu deux stagiaires du Viêt Nam pour une période de dix semaines.

Le Ministère a apporté son soutien à l'organisation d'une mission qui s'est déroulée en octobre 1997 et qui visait à adapter le programme de gestionnaires formateurs de l'École nationale d'administration publique (ENAP) dans les états du Mérida et de l'Aragua au Venezuela. En novembre 1997, un représentant du Ministère a participé à la mission gouvernementale dirigée par le ministre délégué à l'Industrie et au Commerce.

#### **Coopération multilatérale**

Du côté de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Ministère a participé à l'assemblée annuelle de mai 1997, à Genève, de même qu'à celle de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) en septembre 1997, à Washington.

Le service a aussi collaboré à l'accueil de médecins résidents en santé internationale et de cinq bourgeois, trois du Maroc et deux de la République populaire de Chine, financièrement soutenus par l'OMS et l'OPS. La DGCIPE a également participé à un séminaire, organisé par l'OMS à Genève en février 1998, portant sur la contractualisation des services de santé et il a favorisé la présence de l'Institut national de santé publique du Québec à un autre séminaire sur les stratégies en matière de recherche tenu à Ulm, en Allemagne, en mars 1998.

En ce qui concerne la Communauté européenne, le Service de coopération internationale a été associé aux travaux du projet NETLINK sur la carte à microprocesseur, travaux auxquels participent la France, l'Allemagne, l'Italie et le Québec. La Commission d'accès à l'information, la RAMQ et Motus Technologies sont les représentants québécois dans ce dossier.

Le Ministère a assuré la présence du réseau de la santé et des services sociaux du Québec au forum international sur les jeunes et les médias organisé par l'Unesco, à Paris, en avril 1997.

Le service apporte son soutien au Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS). Créé en 1991, l'organisme regroupe 31 pays et son secrétariat est situé à Montréal. Le service a également favorisé la présence de deux hauts fonctionnaires de l'OMS à la rencontre annuelle de juin 1997.

## **Promotion et diffusion du savoir-faire**

Le Service de la coopération internationale a collaboré à l'accueil de 39 missions provenant de différentes régions du monde : 4 d'Amérique, 24 de l'Europe, 6 d'Afrique et 5 d'Asie et d'Océanie. De plus, il a participé à l'organisation de 9 missions à l'extérieur du Québec dont 2 en Amérique latine, 5 en Europe et 2 en Afrique ; ces missions ont été menées en dehors des limites de la coopération bilatérale et multilatérale.

Le service a été associé à la nomination et à l'envoi de spécialistes par la Banque mondiale pour les systèmes d'information en Tunisie, pour l'organisation de l'assurance maladie et de la gestion hospitalière au Maroc et pour la réorganisation du secteur de la santé dans la République du Tatarstan.

## **8.2. Le partenariat économique**

Le Bureau du partenariat économique a été créé en juillet 1997 afin de donner suite à la volonté ministérielle de faire reconnaître le secteur public de la santé et des services sociaux comme un véritable outil de développement économique du Québec. La création du bureau constitue également une réponse aux demandes incessantes du milieu des affaires, et notamment des industries de la santé, de voir nommer par le Ministère un interlocuteur avec lequel s'entretenir directement, un vœu exprimé aussi par les quelque 40 entreprises et organisations qui ont participé à la mission dirigée par le ministre en France, au printemps 1997.

## **Accueil et orientation des entreprises**

Au cours des huit premiers mois de son existence, le bureau a accueilli et orienté plus de 55 entreprises de l'industrie de la santé, telles l'industrie pharmaceutique, l'industrie des biotechnologies, l'industrie du matériel médical, l'industrie des technologies de l'information et l'industrie des services.

## **Groupes de travail et comités**

Le bureau a coopéré activement au Groupe de travail sur la valorisation des connaissances des chercheurs affiliés aux établissements universitaires du réseau de la santé, créé par le ministre en septembre 1997 et présidé par M. Michel Bureau, président du FRSQ ; un rapport a été remis au ministre en mars 1998. Si l'énoncé de politique proposé par ce groupe est adopté, le réseau des établissements universitaires de la santé disposera de moyens supplémentaires pour favoriser encore davantage la création de nouvelles entreprises dans le secteur des biotechnologies.

Le bureau a aussi siégé au Comité sur le partenariat créé par le secrétaire général du gouvernement et présidé par le secrétaire du Conseil du trésor. Ce comité, qui a produit un rapport d'étape en mars 1998, a pour mandat de faire le point sur les expériences de partenariat public et privé au Québec et ailleurs, en vue de proposer au gouvernement, le cas échéant, de nouvelles possibilités.

À l'automne 1997, le bureau a contribué activement à la préparation du Plan conjoint afin de favoriser l'essor de l'industrie de la santé au Québec. Le groupe de travail, composé de personnes déléguées par le ministère des Finances, le ministère de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie (MICST) et par le ministère de la Santé et des Services sociaux, a remis son rapport au ministère des Finances en décembre 1997.

Le bureau a également participé aux travaux du Groupe de travail sur les opportunités de développement économique liées aux marchés publics. Ce groupe de travail doit produire un rapport en juin 1998.

À la suite du dépôt du rapport du Comité santé de la région de Montréal, le bureau, en concertation avec la Direction des industries de la santé du MICST, a déposé un document sur le suivi des recommandations de ce comité en octobre 1997.

## **Missions à l'étranger**

Le Bureau du partenariat économique a participé à la mission du Québec en Chine en novembre 1997, dirigée par le premier ministre, M. Lucien Bouchard.

En outre, il a mis sur pied le Comité de coordination du projet Brésil, composé de représentantes et de représentants du Ministère, du MICST, du ministère des Relations internationales, du ministère du Conseil exécutif, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, d'Approvisionnement-Montréal et de l'Institut de réadaptation de Montréal. Ce comité veille aux orientations et au fonctionnement du projet de coopération commerciale et institutionnelle avec le Brésil.

Dans ce projet, le Bureau a assuré sa représentation à l'occasion de la mission d'Équipe Canada en Amérique du Sud en janvier 1998 à laquelle participait le Québec et pendant laquelle le gouvernement du Québec a signé une lettre d'intention avec la Confédération des Santas Casas de la Miséricorde du Brésil.

Le bureau a aussi participé, en mars 1998, à une mission institutionnelle et commerciale du ministère de la Santé et des Services sociaux en France portant sur les technologies de l'information.

## **Ententes de partenariat**

Le bureau a été associé de près au démarrage de trois importants projets de vitrine technologique dans les établissements du réseau. Des discussions sont actuellement en cours avec les entreprises intéressées par ces projets afin de convenir d'ententes de partenariat économique qui préciseront notamment leurs responsabilités, leurs obligations et celles du Bureau du partenariat économique dans la promotion de leurs technologies au Québec et ailleurs.

## Annexes

---

### Annexe 1

#### **Les organismes rattachés au ministre de la Santé et des Services sociaux et la commissaire aux plaintes**

##### **La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)**

La Régie de l'assurance maladie du Québec a pour mandat d'appliquer et d'administrer le régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance-maladie ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie. Elle doit rémunérer, conformément aux ententes, le personnel professionnel de la santé qui fournit les services assurés et rembourser aux bénéficiaires le coût de ces services, le cas échéant. Elle doit, de plus, contrôler l'admissibilité des personnes aux programmes et l'utilisation de ceux-ci par les dispensatrices et dispensateurs de soins et les usagères et usagers. La RAMQ joue également un rôle de conseillère auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux sur l'administration ou l'application des programmes.

M. François Turenne assumait, au 31 mars 1998, la présidence de cet organisme de façon intérimaire.

La RAMQ présente un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

##### **L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)**

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour fonction de veiller à la coordination des services dispensés aux personnes handicapées, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'OPHQ favorise la concertation nationale, régionale et locale des organismes publics, parapublics ou privés, dispensateurs de services.

Cet organisme est sous la présidence de M. Denis Lazure.

L'OPHQ produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

##### **Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS)**

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé a été créé par le gouvernement en vue de promouvoir et de soutenir l'évaluation des technologies

de la santé. Il a été constitué par décret en janvier 1988 et, à la suite d'une évaluation externe, a été reconfirmé dans son mandat en janvier 1992 par un décret du Conseil des ministres.

Le mandat du CETS comporte deux volets dont le premier est ouvert à la population en tant que bénéficiaire de soins, ainsi qu'aux personnes qui dispensent des soins et aux gestionnaires des services de santé. La responsabilité du CETS à l'intérieur de ce volet consiste à promouvoir l'évaluation des technologies de la santé, à en diffuser les résultats et à favoriser leur utilisation dans les décisions de toutes les personnes visées par la diffusion de ces technologies.

En vertu des obligations liées au deuxième volet de son mandat, plus particulièrement orienté vers le ministre de la Santé et des Services sociaux à titre de responsable de la Politique de la santé et du bien-être, le CETS conseille le ministre sur les questions qui concernent l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé et, à cette fin, émet des avis fondés sur l'évaluation de leur efficacité, de leur sécurité, de leurs coûts et de leurs effets sur le système de santé ainsi que sur leurs conséquences économiques, éthiques et sociales.

Les membres du conseil ont d'abord pour responsabilité de définir les orientations du conseil et les technologies devant faire l'objet d'évaluations. Ils statuent sur les travaux dont ils garantissent la rigueur scientifique et la qualité du contenu. Enfin, ils diffusent les connaissances ainsi développées dans des avis accessibles aux personnes qui occupent des postes décisionnels et aux diverses personnes intervenant dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Le CETS est présidé, depuis janvier 1994, par M. Renaldo N. Battista. Pour l'année 1997-1998, le Conseil était constitué de dix autres membres. D'abord, M<sup>mes</sup> et MM. Roger Jacob, Denise Leclerc, Jean-Marie Moutquin, Suzanne Nootens et Guy Rocher poursuivent leur mandat. Par ailleurs, M<sup>mes</sup> et MM. Martial Bourassa, Raymond L. Carrier, Raymonde Chartrand, Jean Joly et Aline Lavoie sont chaleureusement remerciés pour leurs nombreuses années au service du CETS. Le Conseil est donc en attente de la nomination de six nouveaux membres.

Durant cette même année, le secrétariat du CETS a fonctionné avec huit personnes dont un poste de directeur, cinq postes de niveau professionnel et deux postes de niveau d'agent de secrétariat.

M. Jean-Marie R. Lance a continué d'assurer la fonction de directeur de ce secrétariat.

Enfin, grâce à son budget de recherche, le CETS a pu accroître de nouveau sa capacité de production de rapports d'évaluation en recourant à une expertise externe. Au cours de l'année 1997-1998, cinq nouveaux rapports ont été terminés et diffusés alors que des travaux se sont poursuivis sur vingt autres projets d'évaluation ; au moins douze d'entre eux seront publiés dans la prochaine année.

Le CETS remet un rapport annuel au ministre.

### **Le Conseil de-la santé et du bien-être (CSBE)**

Le Conseil de la santé et du bien-être a été institué par une loi adoptée par l'Assemblée nationale le 14 mai 1992. Il a été concrètement mis en place le 25 octobre 1993.

Le CSBE a pour fonction de conseiller le ministre sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Il doit donner son avis sur les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être ainsi que sur les moyens appropriés pour les atteindre, en tenant compte des capacités de la collectivité à mobiliser les ressources en conséquence.

Le conseil se compose de 23 membres dont 19 ont le droit de vote. Ils sont nommés par le gouvernement du Québec sur recommandation du ministre et après consultation (outre le président) d'organismes représentatifs du milieu de la santé et des services sociaux : usagers et usagers de services, organismes communautaires, personnes siégeant à titre de praticiens, chercheurs ou administrateurs du domaine de la santé et du domaine social, personnes venant de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population. Les autres membres sans droit de vote proviennent du Ministère, d'une régie régionale et de deux ministères visés par la Politique de la santé et du bien-être.

M. Norbert Rodrigue assume la présidence du CSBE depuis le 25 octobre 1993.

Le CSBE produit un rapport distinct de celui du Ministère.

### **Le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)**

Le Conseil québécois de la recherche sociale est un organisme de subvention à la recherche qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux. Il a pour mandat de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du Québec par la recherche en sciences sociales et en sciences humaines, par le perfectionnement des chercheuses et des chercheurs et également celui des personnes qui tra-

vailent dans le domaine de la santé et des services sociaux, et par le transfert des connaissances. La Politique de la santé et du bien-être constitue la principale toile de fond des activités du CQRS.

Le conseil est composé de douze membres sous la présidence de M. Camil Bouchard, soit : M<sup>mes</sup> et MM. Jacques Alary, Maria De Koninck, Patricia Dobkin, Suzanne Doré, Winnie Frohn, Terry Kaufman, Robert Perreault, René Rouleau. Deux observateurs siègent également au conseil : M. Pierre Joubert comme représentant du Ministère et M<sup>me</sup> Sylvie Marcoux à titre de représentante du FRSQ.

Le CQRS a offert, en 1997-1998, cinq programmes de subvention et de bourse de carrière en recherche sociale :

- les subventions à la recherche;
- les subventions d'équipe;
- les bourses de carrière;
- les subventions de recherche en santé mentale : programme commun CQRS/FRSQ ;
- les actions concertées avec des partenaires de la mission sociale du gouvernement.

Le CQRS remet annuellement un rapport d'activité au ministre.

### **Le Conseil consultatif sur les aides technologiques (CCAT)**

Le Conseil consultatif sur les aides technologiques a été mis sur pied en 1987 en vue de conseiller le Ministère sur divers aspects relatifs aux technologies destinées aux personnes handicapées. À cette fin, le CCAT recueille et diffuse de l'information liée à ce domaine, il fait l'évaluation d'aides techniques et il détermine des normes et des critères d'attribution au regard des programmes de paiement.

La synthèse des connaissances actuelles et des résultats d'évaluation ainsi que la prise en compte des pratiques courantes constituent le fondement des méthodes de recherche privilégiées par le CCAT.

En 1997-1998, le CCAT a remis au ministre un document d'orientation portant sur la pertinence d'élargir les critères d'admissibilité aux fauteuils roulants et autres aides à la locomotion semblables pour les personnes ayant un diagnostic unique de maladie cardiovasculaire ou respiratoire très grave, établi à partir de grilles d'évaluation reconnues.

Il a également produit un avis sur les aides à la marche. Cet avis fournit au Ministère des indications quant aux usagers et usagers auxquels ces aides s'adressent, aux caractéristiques techniques devant être privilégiées et aux modalités d'évaluation, de



recommandation et de distribution les plus appropriées. En outre, l'CCAT présente une terminologie et un classement de ces aides qui permettent de clarifier certaines notions jusque-là confuses.

Le rapport bil annuel 1987-1998 du CCAT rend compte de ses activités et de ses réalisations depuis sa création. Il s'agit du dernier rapport de l'organisme puisque, selon l'orientation privilégiée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le mandat d'évaluation des aides techniques sera dorénavant confié à une autre entité.

### **La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)**

Organisme sans but lucratif, la Corporation d'hébergement du Québec a été constituée en 1974. Elle a pour mandat d'étudier les projets d'immobilisations du réseau de la santé et des services sociaux, d'agir en tant que maître d'oeuvre pour ses propres réalisations et d'assurer la gestion financière et le financement à court et à long terme des besoins du réseau, notamment, au regard des immobilisations, des équipements et du développement informationnel. Au cours de l'exercice financier 1997-1998, la CHQ a pourvu au financement des activités relatives au fonctionnement des établissements ainsi qu'au financement du coût des départs assistés et de la transformation du réseau.

La CHQ a la responsabilité, pour le bénéfice des établissements de la santé et des services sociaux, d'un parc immobilier de 200 immeubles, d'une valeur aux livres de 102 413 000 \$, dont elle assure le financement. Elle effectue également la gestion courante d'une partie de ce parc immobilier.

La CHQ est présidée par M. Michel Salvas sous-ministre adjoint à la Direction générale de l'administration et des immobilisations. Ses membres sont : M. Herman Bigras, M<sup>me</sup> Lucie Dionne, M. Hung Do et M. John Gauvreau.

La CHQ produit annuellement un rapport de ses activités pour le ministre.

### **La Commission québécoise d'examen (troubles mentaux) (CQE)**

La Commission québécoise d'examen a été créée le 4 février 1992, soit au moment de l'entrée en vigueur des modifications apportées au Code criminel. Elle assume, depuis, les fonctions qui étaient dévolues au lieutenant-gouverneur.

La CQE est un tribunal administratif spécialisé qui a pour mandat de rendre ou de réviser les décisions concernant les personnes accusées qui font l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle

ou qui ont été déclarées inaptes à subir leur procès pour cause de troubles mentaux,

La commission compte 21 membres. Trois sont permanents : M. Mathieu Proulx, qui agit comme président ; M. Lucien LeBlanc et M. Guy Parrot qui ont siégé à titre d'avocat et de président délégué. Ils sont assistés de quatorze psychiatres : M<sup>mes</sup> et MM. Jean-Marie Albert, Philipe Beck, Dominique Bédard, Michèle Bélanger, René Deschamps, Frédéric Grunberg, Pierre Hélie, Jean Imbeault, Jacques Labrie, Jules Lambert, Pierre Martel, Louis Morissette, Louis Roy, Jacques St-Hilaire ; d'un neuropsychologue M. Pierre Carpentier et de trois psychologues, M<sup>me</sup> Louise Blain, M. Marcel Courtemanche et M. Lionel Lambert.

Le personnel administratif de la commission se compose de trois personnes occupant un poste permanent et de deux personnes occupant un poste occasionnel.

La Loi sur la justice administrative, sanctionnée le 16 décembre 1996, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1998. À cette date, la commission a été intégrée à la section des affaires sociales du Tribunal administratif du Québec.

### **Le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP)**

Le Conseil consultatif de pharmacologie assiste le ministre dans la conception et la mise à jour de la liste de médicaments dont le coût est garanti par le régime général en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments, et de la liste des médicaments qui peuvent être utilisés dans un établissement du réseau.

Le CCP a également pour mandat d'assurer la mise au point de stratégies d'intervention auprès du personnel professionnel de la santé pour favoriser une utilisation optimale des médicaments en privilégiant le meilleur traitement possible au moindre coût.

Conformément à une entente intervenue avec le FRSQ, le CCP participe également à l'attribution de subventions pour des études scientifiques dans les domaines de la pharmacologie et de la pharmacoeconomie.

M. Jean Cusson assume la présidence du CCP.

### **Le Conseil médical du Québec (CmQ)**

Le Conseil médical du Québec a été institué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée le 12 décembre 1991. Il se compose de quinze membres ayant droit de vote, dont au moins huit doivent être des médecins.

Le CmQ a pour fonction de conseiller le ministre sur toute question relative aux services médicaux, en

tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

Ainsi, le CmQ peut donner des avis au ministre sur :

- l'orientation des services médicaux ;
- les besoins en effectif médical et sa répartition ;
- l'évolution et l'adaptation de la pratique médicale ;
- les différents types de pratique médicale ;
- les projets de règlement visant la couverture des services médicaux assurés ;
- les modes les plus appropriés de rémunération des médecins ;
- les politiques ou programmes ayant pour objet la rationalisation ou la priorité à respecter dans la prestation d'un service médical.

Le ministre doit en outre consulter le CmQ sur les questions suivantes :

- les projets de règlement relatifs à l'organisation clinique des services médicaux dispensés par les établissements ;
- les politiques relatives à la main-d'œuvre médicale, notamment la Politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine ;
- le cadre de référence de la répartition de l'effectif médical, notamment en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec.

Les premiers membres du conseil ont été nommés par le gouvernement le 13 avril 1993. Les membres ayant droit de vote et en poste au 31 mars 1998 sont M<sup>mes</sup> et MM. Juan Roberto Iglesias, président, Luc Deschênes, vice-président, Jean-Marie Albert, Marc A. Bois, André Bonin, Isabelle Cataphard, Yves Dugré, Marie Girard, David Hehlen, Joëlle Lescop, Jonathan L. Meakins, André Munger, Marie Pineau, Micheline Ulrich et Raymonde Vaillancourt.

Les autres membres sans droit de vote et nommés par le ministre sont: M<sup>me</sup> Brigitte Bernard, M. Michel Brunet, M. Martin Gamache et M. Robert Tremblay. Le ou la sous-ministre et les sous-ministres adjointes et adjoints du Ministère sont membres d'office.

Le CmQ publie annuellement un rapport d'activité distinct de celui du Ministère.

## **Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)**

Constitué selon la Loi favorisant le développement scientifique et technologique du Québec, le FRSQ a pour mandat de coordonner le développement et le maintien des activités de recherche en santé au Québec et d'aider financièrement la recherche, la formation et le perfectionnement de chercheuses et chercheurs dans le domaine de la santé.

Le conseil d'administration du fonds est composé de 14 membres : soit M<sup>mes</sup> et MM. Michel A. Bureau, président, Marielle Gascon-Barré, vice-présidente, Samuel O. Freedman, Pierre Boyle, directeur général et sociétaire du conseil, Margaret R. Becklake, Hugues Cormier, Jean-Claude Forest, Nicole Gallo-Payet, Jacques Gauthier, Kathleen Glass, Réjean Hébert, Sylvie Marcoux, Jean-Lucien Rouleau et Julien Veilleux.

Le mandat du FRSQ est de favoriser et de coordonner le développement de la recherche en santé selon divers paramètres, en fonction :

- des besoins d'infrastructure dans un contexte de compétition nationale et internationale ;
- des besoins du milieu québécois de la recherche en santé ;
- des besoins en évolution d'intervention en matière de santé, incluant les bénéfices des interventions professionnelles ;
- des besoins déterminés par la Politique de la santé et du bien-être ;
- des besoins de la recherche elle-même, dans une perspective de continuité des activités de recherche ;
- des besoins de l'ensemble des partenaires susceptibles d'apporter à la recherche en santé une contribution par leur discipline ou leur approche.

Le FRSQ offre différents programmes de bourses et de subventions :

- les bourses de formation ;
- les bourses de « chercheurs boursiers » ;
- les subventions à l'infrastructure : équipes, groupes, centres ;
- les subventions à la consolidation et au développement de réseaux thématiques de recherche ;
- les subventions conjointes FRSQ et sociétés d'état, et autres partenaires ;
- les subventions de recherche dans les domaines prioritaires définis par le FRSQ.

Le FRSQ présente un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

## **Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)**

Créé en 1971, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) est un organisme-conseil en santé mentale qui joue son rôle auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. Il est rattaché, par son secrétariat, à la Direction générale de la planification et de l'évaluation du Ministère.

En vertu de son mandat, le CSMQ a investi, en 1997-1998, principalement dans la réalisation de projets ou la production d'avis concernant :

- le virage ambulatoire et la reconfiguration des services en santé mentale ;
- la satisfaction des usagers et des usagers, de leurs proches ainsi que celle des intervenantes et des intervenants du réseau à l'égard des services de santé mentale (en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé) ;
- les besoins de la population en santé mentale (projet franco-québécois) ;
- les jeunes adultes et la santé mentale (à la suite de la dernière enquête de Santé Québec révélant le degré élevé de détresse psychologique dans ce groupe d'âge) ;
- les nouvelles structures familiales et la santé mentale ;
- la concertation intersectorielle en santé mentale.

Le CSMQ a remis au ministre et publié, en octobre 1997, un rapport intitulé *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale, pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*.

Le CSMQ est actuellement composé des personnes suivantes : M<sup>mes</sup> et MM. Luc Blanchet, président, Céline Mercier, vice-présidente ; Jacques Alary, Françoise Beauregard, Henri Dorvil, Herta A. Guttman, Danielle McCann, Nicole Ricard et André Villeneuve.

Le CSMQ remet périodiquement un rapport d'activité au ministre.

## **La commissaire aux plaintes**

Au terme du mandat de cinq ans assumé par M. Jean Francœur, premier commissaire nommé en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le gouvernement du Québec a confié cette responsabilité à M<sup>me</sup> Rosette Côté. Depuis le 1<sup>er</sup> février 1998, celle-ci exerce ses fonctions à l'intérieur du régime d'examen des plaintes des usagers et des usagers, lesquelles fonctions consistent notamment à accueillir et à examiner en dernière instance les plaintes des personnes insatisfaites des résultats de

leurs démarches aux autres paliers du régime, c'est-à-dire les établissements et les régies régionales. Ces plaintes peuvent concerner un établissement, un organisme communautaire, une ressource de type familial, une résidence privée d'hébergement agréée, une ressource du système préhospitalier d'urgence ou encore une régie régionale. La commissaire constitue un recours ultime, indépendant des instances qui peuvent faire l'objet d'une plainte. Elle est dotée des pouvoirs d'enquête et de recommandation nécessaires au règlement non contentieux des différends qui peuvent survenir entre les usagers ou usagers et l'une ou l'autre de ces instances.

Compte tenu des caractéristiques propres au régime et au mandat de la commissaire, celle-ci n'intervient donc que lorsque ces différends persistent et que les personnes qui portent plainte n'ont pas obtenu de conclusions satisfaisantes aux étapes précédentes. Pour l'exercice financier 1997-1998, 114 plaintes comportant la plupart du temps plusieurs motifs d'insatisfaction ont ainsi retenu l'attention de la commissaire : 75 d'entre elles ont été conclues avant le 31 mars 1998, tandis que 39 étaient en traitement à cette même date. Près d'une fois sur deux, les conclusions rendues au regard des quelque 170 objets de plainte examinés contenaient des mesures correctives non envisagées aux précédents paliers d'intervention.

Aux plaintes jugées recevables en 1997-1998 se sont ajoutées 2100 demandes d'information ou d'assistance en marge du mandat premier de la commissaire, soit l'examen des plaintes au sens strict. Toutes ces demandes ont reçu les suites appropriées : information sur le régime d'examen des plaintes et sur les différents recours possibles, orientation, assistance dans les démarches pour porter plainte, avis professionnel, conciliation et, dans les situations d'urgence, intervention directe auprès des instances visées. L'analyse de l'ensemble de ces demandes et des plaintes reçues par la commissaire ainsi que des suites qui leur ont été données fait d'ailleurs l'objet d'un rapport distinct transmis annuellement au ministre et déposé par celui-ci à l'Assemblée nationale.

L'exercice financier 1997-1998 a aussi été marqué par un effort significatif d'évaluation et d'amélioration du régime d'examen des plaintes. À cet égard, le personnel du Bureau de la commissaire aux plaintes a fait valoir auprès des autorités du Ministère l'importance d'orienter le régime d'examen dans une perspective intégrée d'amélioration de la satisfaction des usagers et des usagers, et de la qualité des services. Il a de plus participé activement à la réflexion et aux débats qui ont entouré la révision des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, dont celles relatives au régime

d'examen des plaintes. Ce faisant, le Bureau de la commissaire aux plaintes s'assurait que les modifications proposées dans le projet de loi 404, devant devenir la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, apportaient des solutions aux problèmes observés pendant les cinq premières années du régime d'examen des plaintes au regard du respect des droits des usagères et des usagers, du fonctionnement de ce régime et du mandat des personnes qui en assument la responsabilité.

Cependant, les contraintes liées aux ressources mises à la disposition du bureau de la commissaire ne lui ont pas permis d'assurer la présence qu'il aurait souhaitée auprès de ses partenaires des autres paliers du régime d'examen et, plus largement, auprès de la population.

Au cours du prochain exercice financier, la commissaire entend pallier cette lacune et donner un nouvel élan au régime d'examen des plaintes en exerçant un leadership accru en matière non seulement d'information et de formation, mais aussi d'orientation, de soutien, de promotion et de développement de ce régime. L'ajout de ressources consenti à la commissaire, l'ouverture d'un second bureau à Québec ainsi que les attentes exprimées à l'endroit de la commissaire devraient favoriser un nouveau dynamisme et contribuer ainsi à ce que le respect des droits et la satisfaction des usagères et des usagers s'inscrivent au cœur de la prise de décision sur toute question relative à l'organisation, à la prestation et à l'évaluation des services de santé et des services sociaux.

### **Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)**

Créé en novembre 1990, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie qui, depuis sa création, était rattaché au Conseil exécutif, relève du ministre de la Santé et des Services sociaux depuis le 1<sup>er</sup> avril 1995.

Le CPLT a notamment pour rôle d'analyser la situation générale qui existe au Québec dans ce domaine, de dégager l'évolution des déterminants et des méfaits, de cerner les nouveaux problèmes et de préciser les interventions nécessaires pour les résoudre. Il conseille le ministre sur les orientations qui doivent être retenues par le Ministère et les autres partenaires touchés par la santé publique et propose des priorités d'action ou des domaines d'intervention. En outre, le CPLT détermine les sujets de recherche les plus susceptibles de faire progresser les connaissances et la compréhension des questions liées à la toxicomanie.

Compte tenu que la toxicomanie est une problématique à multiples facettes et que plusieurs problèmes lui sont associés, les études du CPLT sont diver-

sifiées ; elles portent sur des thèmes variés et elles tentent de fournir un éclairage le plus complet possible sur les sujets les plus d'actualité et les plus préoccupants.

Au cours de la dernière année, une dizaine d'études portant sur différents aspects de la toxicomanie ont été menées et on a diffusé un nombre équivalent de rapports adressés aux intervenantes et aux intervenants ainsi qu'aux instances décisionnelles en la matière.

Par ailleurs, le CPLT a intensifié son rôle de catalyseur dans les discussions et les actions touchant son domaine d'intervention. Soucieux de contribuer à fournir à tous ceux et celles qui travaillent en toxicomanie des lieux et des occasions de partage d'expérience, le CPLT a organisé et animé un certain nombre de rencontres avec différents groupes de personnes clés sur divers aspects de la problématique de toxicomanie. Le comité vise ainsi à animer le milieu, à créer des ponts, à encourager le partenariat à enrichir les connaissances à partir d'une collecte de données qualitatives complémentaires aux données de recherche et, enfin, à servir de lien entre les gens qui s'investissent sur le terrain et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Mme Louise Nadeau assume la présidence du CPLT.

Le CPLT remet un rapport d'activité au ministre.

### **L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)**

Pour donner suite à un rapport d'experts de février 1997, proposant au ministre de la Santé et des Services sociaux les modalités et les conditions d'implantation d'un institut national de santé publique, le Conseil des ministres a créé, le 8 octobre 1997, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sous la forme provisoire d'un organisme conseil au ministre (décrets 1325-97 et 1326-97).

L'INSPQ vise à consolider et à accroître l'expertise en santé publique à travers une meilleure utilisation des compétences et de l'expertise développées au Québec. Il a pour mission première de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales dans l'exercice de leur mission dans le domaine de la santé publique.

La plupart de ses mandats peuvent être regroupés sous quatre fonctions principales : une fonction de services visant à offrir à l'ensemble des régions et au Ministère les services spécialisés d'expertise ou de laboratoires en santé publique ; une fonction d'information de la population sur l'évolution de son état de santé et de bien-être, sur ses déterminants et sur l'efficacité des interventions possibles, et d'information du ministre sur les effets des politiques publiques

sur la santé et le bien-être ; une fonction de formation ayant comme objectif la collaboration à la préparation et à la mise en œuvre de programmes de formation de base et de formation continue en santé publique ; une fonction de recherche visant à favoriser la coopération de l'institut avec les différents organismes de recherche et organismes offrant des subventions, de façon à développer et à encourager la recherche en santé publique. A ces fonctions s'ajoute un volet de coopération internationale lui permettant de contribuer à la coopération et au développement sanitaire et social par divers programmes de stages et d'échanges.

L'INSPQ devait de façon prioritaire « conseiller le ministre sur la faisabilité de la création d'une structure permanente autonome d'expertise en santé publique et sur la voie à privilégier pour la mise en œuvre du transfert de responsabilités en santé publique à cette structure ». Pour réaliser ce mandat, l'INSPQ a mis en place un groupe de travail sur la faisabilité et le fonctionnement d'une telle structure. Il a fait réaliser une étude comparée du statut des organismes dotés de mandats similaires et il a effectué une tournée auprès des régions régionales et de leur direction de santé publique, des directions du Ministère et des principaux laboratoires en cause.

Alimentée par ces démarches, une réflexion sur le modèle d'organisation devant être privilégiée a permis de définir un cadre d'intégration des différentes ressources et composantes de l'INSPQ. La définition de ce cadre a permis, par la suite, de préparer le projet de loi devant mener à la structure définitive de l'INSPQ.

On a également apporté une attention particulière au relevé des différentes sources de financement, étant donné qu'il est dans la raison d'être de l'INSPQ de regrouper les ressources affectées à l'expertise et au développement des connaissances dans l'ensemble du Québec. La planification et la réalisation de certaines activités de communication ont aussi été effectuées au cours de cette période d'implantation.

Au 31 mars 1998, les membres du conseil, nommés par décret, étaient : **M<sup>mes</sup>** et MM. Louis E. Bernard, président directeur-général ; Marie Beauchamp, Christine Colin, Lucie Lacroix, Denis Loisel, Robert Maguire et Jocelyne Sauvé, pour le secteur de la santé et des services sociaux ; André Beauchamp, Claire Chamberland et Jacques Jubinville, pour le secteur socioéconomique. Le processus de nomination pour quatre membres en provenance du secteur de l'éducation était toujours en cours à cette date.

## **Annexe II**

### **Les lois et règlements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux**

#### **Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, M-19.2**

Règlement 1 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux ;

Règlement 2 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux ;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République française en matière de sécurité sociale ;

Règlement d'application du Protocole d'entente entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République française relatif à la protection sociale des étudiants et des participants à la coopération ;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente complémentaire en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République hellénique ;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente complémentaire en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Portugal ;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République de Finlande ;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Grand-Duché du Luxembourg ;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Royaume de Norvège ;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Royaume du Danemark ;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de Norvège;

#### **Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être, C-56.3**

#### **Loi sur le Conseil médical du Québec, C-59.0001**

#### **Loi sur les services de santé et les services sociaux, S-4.2**

Règlement sur l'accessibilité aux postes, la rémunération, les régimes collectifs d'assurance et des mesures de stabilisation d'emploi applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux directeurs généraux des régies régionales et des établissements publics de santé et de services sociaux;

Décret concernant le remboursement des dépenses des membres d'une assemblée régionale et des membres du conseil d'administration d'une régie régionale et d'un établissement public ;

Règlement sur le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise ;

Règlement sur la formation de comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;

Règlement sur les conditions de travail des biochimistes cliniques exerçant pour les établissements qui exploitent un centre hospitalier;

Règlement sur le congé de préretraite et sur l'indemnité de retraite applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux ;

Règlement sur la contribution des usagers des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur l'évaluation des besoins d'une personne violentée qui demande un hébergement d'urgence ;

Règlement sur les règles d'usage de l'avoir propre des établissements et sur les dons, legs et subventions ;

Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur le régime de retraite progressive et la politique de gestion applicable aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux ;

Règlement sur la procédure d'élection lors de l'assemblée publique tenue par un établissement public ;

Règlement sur la procédure pour l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux ;

Règlement sur la procédure pour l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des régies régionales ;

Règlement sur la procédure d'élection des membres des conseils d'administration des établissements du territoire de la Régie régionale du Nunavik ;

Règlement sur la procédure de nomination des membres du conseil d'administration de la Régie régionale du Nunavik ;

Règlement sur la sélection, la rémunération, les régimes collectifs d'assurance, les mesures de stabilité d'emploi, les mesures de fin d'engagement et les recours applicables aux directeurs généraux des régies régionales et des établissements publics de santé et de services sociaux ;

Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec ;

Règlement sur les régimes collectifs d'assurance et les modalités d'application du régime de congé à traitement différé applicable aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux ;

Règlement sur la nomination et la rémunération des directeurs des services professionnels et des directeurs de la santé publique ;

Classification des services dispensés par les ressources de type familial et des taux de rétribution applicables pour chaque type de services ;

Règlement sur le congédiement, le non-renouvellement, la résiliation d'engagement, la suspension sans solde, la rétrogradation et l'indemnité de départ applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux ;

Règlement sur la location d'immeubles par les établissements publics et les régies régionales ;

Règlement sur la détermination des examens de dépistage exigés lors de l'admission ou de l'inscription de certain usagers.

### **Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, S-5**

Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;

Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux directeurs généraux des conseils régionaux et des établissements publics de santé et de services sociaux ;

Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des conseils régionaux et des établissements de santé et de services sociaux ;

Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des conseils régionaux, des établissements publics et des établissements privés visés aux articles 176 et 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ;

Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements publics, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec ;

Règlement sur les locations d'immeubles des établissements publics, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec ;

Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux ;

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements ;

Règlement sur la délivrance et le renouvellement du permis d'un établissement ;

Règlement sur la nomination et sur la rémunération des directeurs des services professionnels ;

Règlement sur la procédure pour l'élection de membres du conseil d'administration du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James par le conseil consultatif du personnel clinique et le personnel non clinique ;

Arrêté du ministre de la Santé et des Services sociaux déterminant la forme et le contenu minimum des contrats de services d'ambulance.

### **Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, P-16.1**

Règlement de régie interne du comité d'admission à la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes ;

Règlement sur les critères généraux de compétence et de formation des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes ;

Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux ;

Règlement de régie interne du Conseil d'évaluation des projets-pilotes.

### **Loi sur l'assurance-maladie, A-29**

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie ;

Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ;

Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance-maladie ;

Arrêté ministériel concernant la liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé ;

Règlement sur la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession ;

Règlement sur les appels d'offres pour la fourniture de fauteuils roulants ou d'aides auditives ;

Règlement sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie ;

Règlement sur les aides visuelles en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie ;

Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie.

### **Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, R-5**

Règlement sur les cotisations au régime d'assurance-maladie du Québec ;

Règlement de régie interne de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ;

Règlement sur les conditions de transmission d'un document à la Régie de l'assurance-maladie du Québec au moyen d'un support informatique ou par télécommunication.

### **Loi sur l'assurance-médicaments, A-29.01**

Liste des médicaments ;

Règlement sur le régime général d'assurance-médicaments ;

Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments ;

### **Loi sur la protection de la jeunesse, P-34.1**

Règlement sur la révision de la situation d'un enfant ;

Règlement sur l'aide financière pour favoriser l'adoption d'un enfant ;

Règlement sur l'adoption internationale ;

Arrêté ministériel sur les conditions de l'agrément d'un organisme chargé d'effectuer pour l'adoptant ses démarches d'adoption d'un enfant domicilié hors du Québec ;

Programme de mesures de rechange autorisé par le ministre de la Justice et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

### **Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (1997, chapitre 75)**

### **Loi sur la protection de la santé publique, P-35**

Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique ;

Arrêté ministériel concernant la détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximum d'ambulances par région et par zone, des normes de subventions aux services d'ambulance, des normes de transport par ambulance entre établissements et des taux de transport par ambulance.

### **Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, E-20.1**

Règlement de l'Office des personnes handicapées du Québec ;

Règlement de régie interne de l'Office des personnes handicapées du Québec ;

Règlement visant à favoriser l'embauchage de personnes handicapées ;

Règlement sur les centres de travail adapté et l'intégration professionnelle ;

Règlement sur les vignettes amovibles délivrées aux personnes handicapées



### Annexe III

## Ministère de la Santé et des Services sociaux

### La gestion ministérielle des ressources humaines

Au 31 mars 1998, pour l'ensemble des ressources humaines du Ministère et des différents organismes qui s'y rattachent, on comptait 699 postes occupés, répartis comme suit:

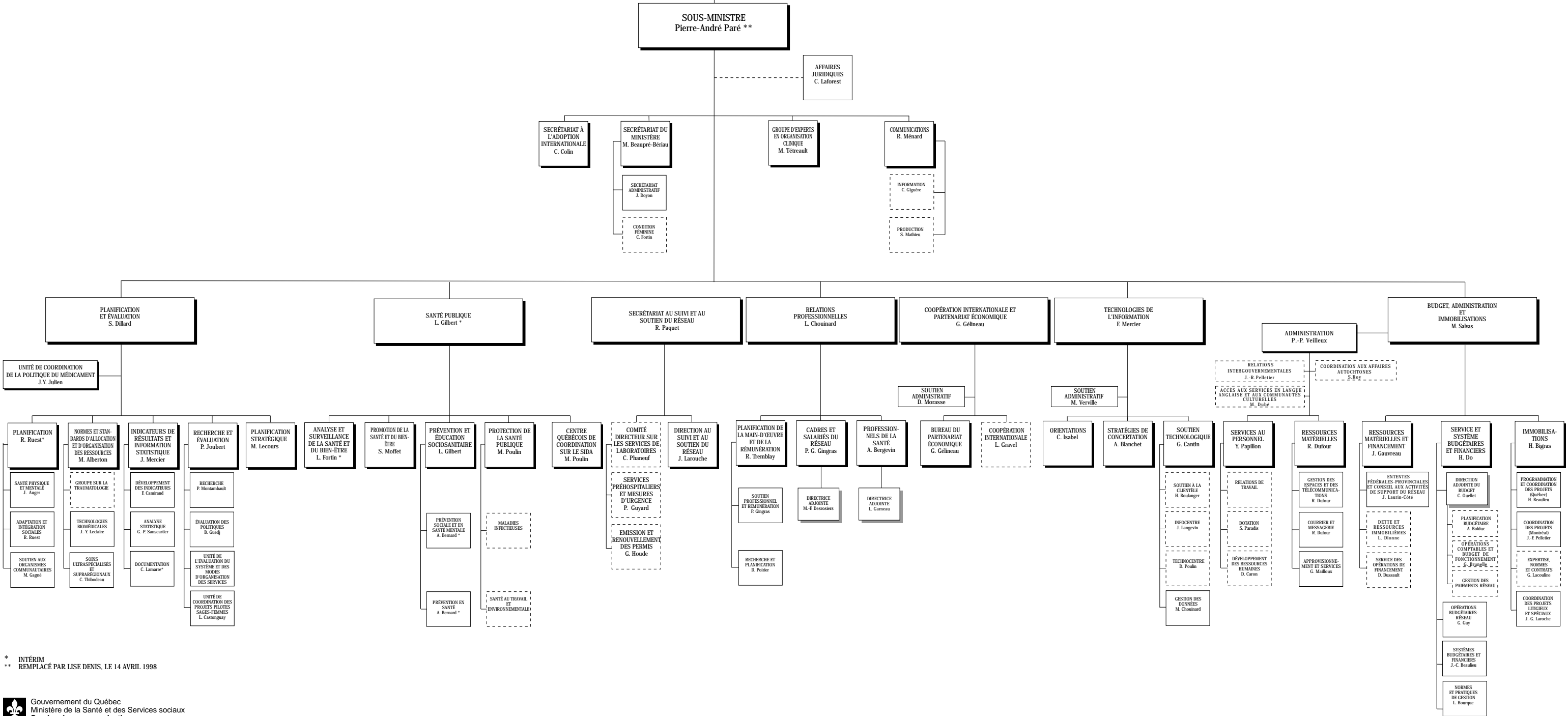
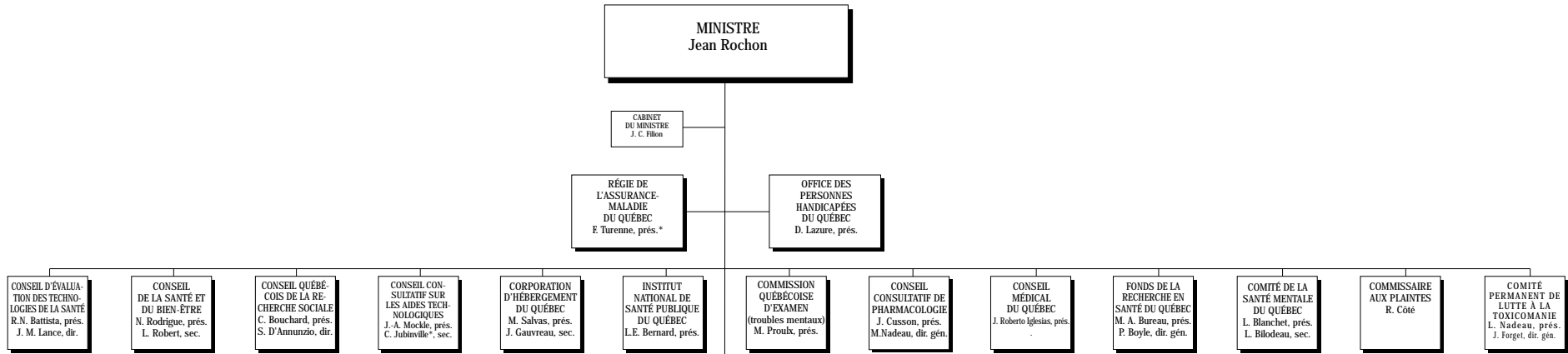
#### Postes occupés au MSSS par direction générale, selon le sexe, au 31 mars 1998

Direction générale	Hors cadres et cadres		Cadres intermédiaires		Professionnels		Techniciens		PBTA et ouvriers		Total		Total Total général
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
Direction supérieure	3	2	0	0	16	10	1	0	1	25	21	37	58
Coopération internationale et partenariat économique	1	0	0	0	0	2	0	1	0	1	1	4	5
Planification et évaluation	8	6	0	0	58	31	1	5	3	26	70	68	138
Secrétariat au suivi et au soutien du réseau	2	0	0	0	12	7	0	0	0	9	14	16	30
Santé publique	1	3	0	0	18	25	1	0	1	21	21	49	70
Technologies de l'information	2	1	0	1	33	19	7	9	2	21	44	51	95
Relations professionnelles	6	2	0	0	37	21	4	7	0	24	47	54	101
Budget, administration, immobilisations	11	2	1	0	66	15	6	11	8	40	92	68	160
<b>Sous-total MSSS</b>	<b>34</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>240</b>	<b>130</b>	<b>20</b>	<b>33</b>	<b>15</b>	<b>167</b>	<b>310</b>	<b>347</b>	<b>657</b>
Conseil québécois de la recherche sociale	0	1	0	0	2	2	0	0	0	2	2	5	7
Commission québécoise d'examen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Conseil consultatif de pharmacologie	1	0	0	0	4	1	0	0	1	2	6	3	9
Commissaire aux plaintes	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	4	4
Conseil médical du Québec	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	2	2	4
Conseil de la santé et du bien-être	1	0	0	0	1	0	1	2	0	1	3	3	6
Conseil consultatif sur les aides technologiques	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	3
Conseil d'évaluation des technologies de la santé	0	0	0	0	2	3	0	1	0	1	2	5	7
Secrétariat du Comité de la santé mentale	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2
<b>Sous-total des conseils</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>42</b>
<b>Total général</b>	<b>37</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>251</b>	<b>141</b>	<b>21</b>	<b>38</b>	<b>16</b>	<b>175</b>	<b>326</b>	<b>373</b>	<b>699</b>
<b>Pourcentage (%)</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>64</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>64</b>	<b>8</b>	<b>92</b>	<b>47</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Au cours de l'exercice financier 1997-1998, le Ministère a enregistré 68 affectations, 17 entrées en fonction et 119 départs. Le tableau suivant illustre les mouvements de personnel depuis les cinq dernières années :

**Nominations et départs pendant les années financières 1993-1994, 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997 et 1997-1998**

<b>Mouvements</b>	<b>1993-1994</b>	<b>1994-1995</b>	<b>1995-1996</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1997-1998</b>
Affectations	127	30	91	97	68
Nominations	6	5	3	0	2
Mutations depuis un autre ministère	44	20	9	15	15
<b>Total des entrées en fonction</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>17</b>
Mutations vers un autre ministère	3	8	15	14	32
Transferts aux régies régionales	23	2	0	0	1
Démissions	9	3	2	1	0
Retraites	16	18	46	93	85
Congédiements	3	1	1	0	0
Décès	2	3	2	3	1
<b>Total des départs</b>	<b>56</b>	<b>35</b>	<b>66</b>	<b>111</b>	<b>119</b>
<b>Taux de mobilité (% des départs sur effectif autorisé)</b>	<b>60</b>	<b>37</b>	<b>73</b>	<b>13,4</b>	<b>16,0</b>



\* INTÉRIM  
\*\* REMPLACÉ PAR LISE DENIS, LE 14 AVRIL 1998