

# Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Rapport  
annuel  
1996-1997**

Le contenu de cette 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, Jean-Talon Nord  
Sainte-Foy (Québec)  
G1N 2E5

Dépôt légal - 1997  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN 2-551-17928-9  
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.

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 1997.

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 1997



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 1996-1997.

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.

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

Pierre-André Paré

Québec, novembre 1997



# TABLE DES MATIÈRES

## Introduction 9

## Message du ministre 11

## Partie I

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

- 1. Présentation générale du Ministère 13
- 1.1 Le système des services de santé et  
des services sociaux 13
- 1.2 La prestation des services de santé et  
des services sociaux 14
- 1.3 Les autres partenaires 14
- 1.4 Les ressources financières 14
- 1.5 Les principales réalisations en 1996-1997 15
- 1.6 La transformation du réseau 15

## Partie II

### Le bilan administratif 17

- 2. Le Bureau du sous-ministre 17
- 2.1 Les affaires juridiques 17
- 2.2 Le Secrétariat du Ministère 17
- 2.2.1 Le Secrétariat administratif 17
- 2.2.2 La condition féminine 18
- 2.3 Les affaires extra-ministérielles 19
- 2.3.1 Les relations intergouvernementales 19
- 2.3.2 La coopération internationale 19
- 2.3.3 Le Secrétariat à l'adoption internationale 20
- 2.3.4 Les services aux communautés culturelles et  
l'accès aux services en langue anglaise 20
- 2.4 La vérification interne 21
- 3. La planification et l'évaluation 22
- 3.1 La planification stratégique 22
- 3.2 Les politiques 23
- 3.3 Les orientations en matière d'organisation  
des ressources 25
- 3.4 Les normes et standards de répartition et  
d'organisation des ressources 26
- 3.5 Les études évaluatives et la recherche 27
- 3.6 La gestion documentaire 29
- 3.7 La pratique des sages-femmes 30
- 3.8 L'économie sociale 30
- 4. La santé publique 31
- 4.1 La connaissance et la surveillance de la santé et  
du bien-être de la population 31
- 4.2 La promotion de la santé et du bien-être 32
- 4.3 La prévention et l'éducation  
socio-sanitaire 34
- 4.4 La protection de la santé publique 35

- 4.5 Le Centre québécois de coordination  
sur le sida 39
- 5. La coordination régionale 41
- 5.1 Le soutien à la gestion et à la transformation  
du réseau 41
- 5.2 Le soutien à l'organisation des services  
en milieu autochtone 42
- 5.3 Les organismes communautaires 42
- 5.4 Le réseau universitaire 43
- 5.5 Les services professionnels 43
- 5.6 Les groupes de soutien et de suivi à  
des activités particulières 44
- 5.7 Les services budgétaires 45
- 5.8 Les services techniques 46
- 5.9 Le fonds de soutien à l'innovation 47
- 6. Les relations professionnelles 48
- 6.1 Le personnel salarié du réseau 48
- 6.2 Le personnel cadre du réseau 49
- 6.3 Le personnel professionnel de la santé 49
- 6.4 L'effectif médical 50
- 6.5 La main-d'œuvre non médicale 51
- 6.6 Le programme de santé et de sécurité  
du travail dans le réseau 51
- 6.7 Les communications 52
- 7. L'administration et les immobilisations 53
- 7.1 La planification et les stratégies  
de financement 53
- 7.2 Les ressources financières et immobilières 54
- 7.3 Les ressources informationnelles 55
- 7.4 La construction 56
- 7.5 Les services au personnel 57

## Annexe I

Les organismes rattachés au ministre de la Santé et  
des Services sociaux et le Commissaire  
aux plaintes 59

La Régie de l'assurance-maladie du Québec  
(RAMQ) 59

L'Office des personnes handicapées du Québec  
(OPHQ) 59

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé  
(CETS) 59

Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE) 60

Le Conseil québécois de la recherche sociale  
(CQRS) 60

Le Conseil consultatif sur les aides technologiques  
(CCAT) 60

La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) 61

La Commission québécoise d'examen  
(troubles mentaux) (CQE) 61

Le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP)	61
Le Conseil médical du Québec (CMQ)	62
Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)	62
Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)	63
Le Commissaire aux plaintes (CP)	63
Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)	64

## **Annexe II**

Les lois et règlements qui relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux	65
--	----

## **Annexe III**

La gestion ministérielle des ressources humaines	69
--	----



## **Introduction**

Ce rapport, subdivisé en deux grandes parties, présente les principales activités du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1996-1997.

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 deuxième 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 l'autorité du Ministère de même que certaines autres données sur la gestion ministérielle des ressources humaines.

Exceptionnellement cette année, le rapport annuel du Ministère commence par un message du ministre pour souligner de façon particulière les activités relatives à la transformation du réseau de la Santé et des Services sociaux.



## **Message du ministre**

À l'occasion de la publication du rapport annuel 1996-1997 du Ministère, c'est avec fierté et beaucoup de reconnaissance que j'adresse mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui, au cours de cette période, ont contribué à maintenir l'accessibilité et la qualité du système québécois de santé et de services sociaux engagé dans une réforme aussi essentielle que porteuse d'avenir.

À l'instar des deux précédentes, l'année qui vient de s'écouler aura été marquée au sein de ce vaste réseau par les nécessaires adaptations que suppose la transformation de notre système sociosanitaire soumis au vent du troisième millénaire qui souffle sur le Québec, comme il souffle également à travers la planète, en entraînant des remises en question en profondeur autant dans le domaine de la santé que dans celui de l'éducation, par exemple, ou de la sécurité du revenu et du Code civil.

Adaptations, oui, mais aussi avancée vers la lumière avec tout ce que cela signifie en ce qui a trait aux mesures concrètes permettant de mieux répondre aux besoins changeants de la population, tout en poursuivant la mise en application des approches et des principes qui ont guidé notre démarche jusqu'à maintenant. Car, la qualité et la continuité des services constituent notre priorité. L'accent sur la prévention et la promotion de la santé, la décentralisation et l'accessibilité des services, l'équité entre les régions et les sous-régions, l'efficacité et l'efficience de la gestion ainsi que la rigueur scientifique et technique, constituent pour leur part les principes de nos actions.

Notre rapport met en évidence tout le travail accompli au cours de l'année, autant par les gens du Ministère et leurs partenaires des régies régionales que par les établissements et tout le personnel du réseau, en collaboration avec les organismes communautaires. Nos actions permettent d'atteindre les objectifs visant à faire de la transformation du réseau un modèle du genre comme il en est un depuis le début des années 1970, alors que le Québec s'est distingué mondialement en mettant en place l'actuel système de santé et de services sociaux. Vingt-sept ans plus tard, alors qu'il était devenu impérieux d'adapter ce système à l'évolution de la société, je suis convaincu que les efforts déployés depuis 1995 commencent déjà à porter des fruits, ainsi qu'en témoigne les multiples activités et collaborations décrites dans les pages qui suivent.

Enfin, soulignons que les actions qui ont eu cours pendant l'année 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, et que ces derniers demeurent au coeur des actions qui se poursuivent en 1997, au moment de la parution du présent rapport.

# Partie I

## Le ministère de la Santé et des Services sociaux

---

### 1. Présentation générale du Ministère

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.

#### 1.1 Le système des services de santé et des services sociaux

##### Ses objectifs et ses fonctions

Le régime de services de santé et de services sociaux, institué par la Loi sur les services de santé et les 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.

Cette loi, sanctionnée le 4 septembre 1991, établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :

- assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment 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 socio-économiques 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.

Dans le cadre du nouveau partage des responsabilités et de la décentralisation issus de la *Réforme des services de santé et des services sociaux*, la mission du Ministère a été redéfinie autour des fonctions centrales et stratégiques du système. Son rôle porte essentiellement sur la «régulation» du régime, 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 d'agir à titre de maître d'œuvre dans la planification, l'organisation, 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 en la production et la prestation des services appropriés aux différents types de clientèles, conformément aux fonctions qui leur sont confiées par la loi.

##### Sa gestion

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

Le Ministère a été restructuré pour lui permettre d'assumer ses nouveaux rôles et ses nouvelles responsabilités. Il comprend cinq directions générales, outre la Direction supérieure. Les mandats et les réalisations de chacune de ces directions au cours de l'année 1996-1997 sont décrits dans les pages qui suivent.

Pour cette même année, l'effectif du Ministère totalise 803 personnes. On trouvera à l'annexe III de ce rapport des précisions additionnelles sur la gestion ministérielle des ressources humaines.

## 1.2 La prestation des services de santé et des services sociaux

### Les établissements

Plus de 600 établissements publics et privés conventionnés offrent des services de santé et des services sociaux. La loi 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).

### Les organismes communautaires

Les groupes communautaires jouent également un rôle de premier plan auprès de nombreuses clientèles. 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.

En 1996-1997, les dix-sept régies régionales ont accordé des subventions à quelque 2 300 organismes communautaires de leur région pour un total de 145 430 831 \$ représentant une hausse de 18 % par rapport à l'année précédente. Le Ministère a de plus octroyé des subventions de l'ordre de 4 103 316 \$ à près d'une centaine d'autres organismes communautaires.

## 1.3 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 externe du ministère de la Santé et des Services sociaux.

## 1.4 Les ressources financières

Le budget 1996-1997 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 12 892 984 900 \$, ce qui représente 31,4 % de l'ensemble des crédits du gouvernement.

La part de ce budget allouée à la RAMQ est de 2 991 102 500 \$ et celle du Ministère totalise 9 901 882 400 \$, incluant des crédits de 47 741 100 \$ attribués à l'OPHQ.

### Les crédits du Ministère, répartis entre quatre secteurs, se détaillent comme suit :

	\$	\$
Prévention et amélioration		
— Services et centres locaux de services communautaires	782 986 100	
— Soutien des organismes communautaires	123 175 200	906 161 300
Recouvrement de la santé		
— Services des centres hospitaliers		5 549 123 700
Réadaptation sociale		
— Services des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et des centres de réadaptation pour jeunes et mères en difficulté	518 888 200	
— Services des centres de réadaptation	529 658 400	
— Services des centres d'hébergement et de soins de longue durée	1 316 805 300	
— Office des personnes handicapées du Québec	47 741 100	2 413 093 000
Administration et services		
— Coordination de la recherche	61 862 900	
— Direction et coordination régionale des programmes de santé et des services sociaux	971 641 500	1 033 504 400
<b>Total</b>		<b>9 901 882 400</b>

## 1.5 Les principales réalisations en 1996-1997

Les perspectives 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.

Parmi les principales actions de cette année, il faut mentionner :

- la préparation d'orientations pour la transformation des services dans le domaine de la santé mentale ;
- la révision d'un manuel de référence relatif à la protection de la jeunesse ;
- la mise en place d'un régime d'assurance-médicaments ;
- une réflexion sur l'organisation des services médicaux ;
- la mise en place d'un outil de gestion de l'allocation directe pour les services de maintien à domicile ;
- un bilan des aspects relatifs à la contribution parentale ;
- une recherche longitudinale sur l'intégration sociale et le bien-être psychologique des personnes ayant une déficience intellectuelle ;
- le démarrage de projets de création d'emploi à la suite du Sommet sur l'économie et l'emploi ;
- le lancement des priorités nationales de santé publique ;
- la tenue de forums régionaux sur le développement social ;
- l'expérimentation de projets visant à réduire les inégalités sur le plan de la santé et du bien-être ;
- le travail préparatoire à l'implantation d'un programme de dépistage du cancer du sein ;
- une proposition de stratégie d'action devant le suicide ;
- un bilan des interventions de promotion et de prévention dans le domaine de la toxicomanie ;
- un bilan du virage ambulatoire en santé physique ;
- une amorce de mise en œuvre d'un « système du sang » au Québec.

Par ailleurs, le Ministère a poursuivi ses travaux selon la ligne de conduite qu'il s'est donnée et qui consiste à adapter 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 :

- la régionalisation du programme de soutien aux organismes communautaires ;
- l'apport de certains changements aux missions des établissements (fusions, intégrations, rapprochements entre établissements) ;
- l'évolution du réseau universitaire (centres hospitaliers universitaires, instituts universitaires, centres affiliés universitaires) ;
- la définition de paramètres de gestion des services ultraspecialisés ;
- la simplification de la comptabilisation et de la reddition de comptes ;
- l'adoption d'un cadre méthodologique d'équité interrégionale ;
- le déploiement de nouvelles technologies de l'information et la mise en valeur du patrimoine informationnel ;
- une redéfinition du cadre de gestion des immobilisations relatif aux projets de construction.

Au cours de l'année 1996-1997, la transformation du réseau s'est intensifiée. Les actions et les mécanismes mis en place sur les plans national, régional et local, afin de réaliser le grand projet de transformation du système de la santé et des services sociaux, produisent les effets attendus, tels que décrits dans le présent rapport.

## 1.6 La transformation du réseau

La transformation du réseau consiste à requestionner les façons de faire dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de manière à offrir à la population des services de meilleure qualité et à un moindre coût. Elle vise également à adapter les services aux besoins changeants de la population et à tirer profit des nouvelles technologies et des nouvelles approches.

En 1996-1997, conformément aux plans régionaux préparés l'année précédente, l'ampleur de cette transformation s'est surtout manifestée au regard :

- de l'intégration et des fusions d'établissements visant à restreindre les dépenses administratives sans diminuer pour autant les services à la population ;
- de la diminution de lits dans les centres hospitaliers par le recours à des nouvelles technologies médicales (chirurgie d'un jour) et par la réduction des durées de séjour (admissions le jour même des interventions chirurgicales) ;

- de l'accroissement des services de première ligne dans les communautés (augmentation des heures d'ouverture des CLSC, des services de maintien à domicile pour les personnes qui viennent de subir une chirurgie et les personnes âgées en perte d'autonomie, consolidation des services Info-Santé et des activités de prévention et de promotion de la santé);
- de l'amélioration des soins offerts aux personnes hébergées en perte d'autonomie.

Dans le contexte de cette transformation, le Ministère a également amorcé une démarche de travail visant à élaborer et à produire, en collaboration avec les régions régionales, un ensemble d'indicateurs sur les services à la population, les ressources humaines et les ressources financières. Ces indicateurs permettent non seulement d'apprécier l'évolution de la situation du Québec et de chaque région depuis 1993-1994, mais également de comparer les résultats obtenus, soit par rapport aux objectifs préalablement établis, soit entre les régions, les catégories d'établissements ou les secteurs d'activité.



## Partie II

### Le bilan administratif

---

#### 2. Le Bureau du sous-ministre

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

Le 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 et les directions générales pour la préparation, l'élaboration, l'exécution et le cheminement des dossiers relevant de sa compétence ;
- de présider le comité exécutif 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 voir aux stratégies de communication pour améliorer la perception des différents publics et d'assurer l'accès à l'information dans une dynamique de transparence.

##### 2.1 Les affaires juridiques

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

Conformément à ce mandat, la Direction fournit le soutien juridique nécessaire à l'élaboration, à l'interprétation et à l'application des lois et règlements qui concernent le Ministère. Elle participe, en outre, à l'établissement de politiques à connotation juridique 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, la Direction rédige les documents de nature juridique et prend en charge les dossiers litigieux qui engagent le Ministère.

#### 2.2 Le Secrétariat du Ministère

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

##### 2.2.1 Le Secrétariat administratif

Le Secrétariat administratif du Ministère coordonne les activités relatives au cheminement et à la conservation des documents officiels du Ministère.

Il maintient à jour le fichier des membres des conseils d'administration des établissements publics du réseau, des régies régionales et des assemblées 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 planifie et coordonne l'opération annuelle d'attribution des prix Persillier-Lachapelle et il prépare 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.

<p><b>LES PRIX PERSILLIER-LACHAPELLE</b></p> <p><b>Les prix d'excellence pour les initiatives des établissements</b></p> <p>Qualité des services à la population: Personnalisation des soins et des services:</p> <p>Prévention — Promotion de la santé et du bien-être:</p> <p><b>Les prix d'excellence pour les initiatives des organismes communautaires</b></p> <p>Prévention-Promotion de la santé et du bien-être:</p> <p>Soutien aux groupes les plus vulnérables: Soutien aux familles:</p> <p><b>Les mentions d'honneur pour les initiatives des organismes communautaires</b></p> <p>Prévention — Promotion de la santé et du bien-être: Soutien aux groupes les plus vulnérables: Soutien aux familles:</p>	<p><b>LES LAURÉATS 1996</b></p> <p>Le Centre jeunesse de Québec (région de Québec) Centre hospitalier Saint-Sacrement ltée (région de la Montérégie) CLSC La Source (région de Québec)</p> <p>L'Hôte Maison pour la Table de concertation Jeunesse Villeray-La Petite Patrie (région de Montréal-Centre) Centre communautaire Val-Martin (région de Laval) Pallia-Vie (région des Laurentides)</p> <p>En Marge 12-17 (région de Montréal-Centre) Maison le Ricochet (région de l'Outaouais) Le Groupe d'Actions Communautaires Santé Bénévole inc. (région du Saguenay—Lac-Saint-Jean)</p>
--	--

### 2.2.2 La condition féminine

Le Service à la condition féminine conseille le sous-ministre et les diverses instances du Ministère quant aux activités reliées 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 élabore 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 auprès des instances gouvernementales, du réseau de la santé et des services sociaux et des groupes de femmes qu'il sensibilise sur la santé et les conditions de vie des Québécoises, et il assure le développement de l'expertise en la matière.

Au cours de l'année financière 1996-1997, le Service à la condition féminine a participé activement à la préparation de la deuxième étape d'actualisation de la politique gouvernementale en matière de condition féminine *Un avenir à partager...*, sous la coordination du Secrétariat à la condition féminine. À cet égard, le Service à la condition féminine a travaillé en étroite collaboration avec les directions générales en cause afin de déterminer les actions significatives à inscrire dans le *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises* et afin de préparer la cinquième orientation de la poli-

tique gouvernementale portant sur *La place des femmes dans le développement des régions*.

Le Service à la condition féminine a également coordonné les travaux en vue de l'élaboration du *Plan d'action ministériel 1997-2000 en matière de santé, de bien-être et de conditions de vie des femmes*, dont la parution est prévue à l'automne 1997. Il a aussi maintenu ses activités dans les dossiers de la violence, de la toxicomanie, de la santé physique et dans plusieurs autres champs d'intervention — notamment ceux reliés aux effets de la transformation du réseau sur les femmes — en fournissant des expertises et en coopérant avec divers comités de travail, comités aviseurs ou consultatifs. Ainsi, le Service a collaboré aux travaux d'un comité aviseur sur les services offerts aux femmes dans le domaine de la santé mentale, en plus d'avoir été associé à la mise à jour de la *Politique de santé mentale*, spécialement au regard du volet formation.

Le Service à la condition féminine a coordonné les étapes de réalisation et de diffusion de la publication *Derrière les apparences, santé et conditions de vie des femmes*, un ouvrage de référence de première importance. Il a également participé à la conception du dépliant *Soyez au cœur des décisions. Une occasion à ne pas manquer pour les femmes*, dans le cadre des élections de 1996 au sein des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux.

Enfin, le Service a répondu tout au long de l'année à de nombreuses demandes d'avis, d'information et de référence.

## **2.3 Les affaires extra-ministérielles**

### **2.3.1 Les relations intergouvernementales**

Au cours de la dernière année, le Service des relations intergouvernementales a préparé des activités qui ont comporté 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 Ministère à la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé qui s'est tenue à Ottawa les 24 et 25 avril 1996, et à celle qui s'est déroulée à Toronto les 10 et 11 septembre 1996. Le Service a aussi favorisé la participation d'un représentant du sous-ministre à deux conférences fédérales-provinciales-territoriales des sous-ministres de la Santé qui ont eu lieu respectivement en avril et en juin 1996.

En collaboration avec le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes et les directions générales visées au sein du Ministère, le Service a également coordonné la participation de ce dernier 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 représentant les ministères de la Justice et de la Sécurité du revenu dans les dossiers requérant l'expertise du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Finalement, le Service des relations intergouvernementales a participé à de multiples négociations propres à établir de nouvelles ententes entre des organismes fédéraux et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'à des 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.

### **2.3.2 La coopération internationale**

Au cours de la dernière année, le Ministère a continué de participer aux activités d'organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), la Banque mondiale et le Conseil de l'Europe. De plus, dans un souci de resserrer ses

liens avec le Conseil de l'Europe, le Ministère a également participé à une rencontre avec le Secrétaire général du Conseil, monsieur Daniel Tarchys. À l'occasion de cette rencontre, une première en Amérique, le sous-ministre a fait connaître les orientations sociosanitaires et les intérêts d'une coopération entre le Québec et le Conseil de l'Europe.

Durant cette même année, les liens créés avec la France se sont consolidés. Ainsi, au cours de la mission qu'il y a effectuée en mars 1997, le ministre Jean Rochon a signé une entente de coopération en santé avec son homologue, laquelle sert maintenant d'outil de référence au moment d'établir de nouvelles collaborations avec la France dans le domaine sociosanitaire. Plus précisément, des projets de coopération se sont poursuivis dans les dossiers suivants : santé mentale, économie de la santé, réformes des systèmes de santé, autoroute de l'information.

De nouvelles ententes dans le domaine de la santé ont aussi été conclues avec deux nouveaux gouvernements, ceux du Viêt Nam et de la Catalogne, tandis qu'une mission gouvernementale s'est réalisée à Hanoi en décembre 1996. De plus, les commissions permanentes qui se sont tenues à Barcelone en février 1997, et à Hanoi en mars 1997, ont débouché sur des projets de coopération technique et humanitaire.

En outre, le Ministère a favorisé la présence de spécialistes à 25 activités scientifiques en plus de veiller à la préparation et à la réalisation du 9<sup>e</sup> congrès de l'Association internationale des politiques sociales tenu à Montréal en juin 1996. Il a également appuyé la participation d'individus et d'institutions à une action auprès de pays d'Amérique latine, d'Europe centrale et d'Europe de l'Est, d'Afrique et d'Asie, et a reçu 48 missions venant de l'étranger qu'il a pilotées dans l'ensemble du réseau.

Par ailleurs, le Ministère ayant continué de soutenir les autorités haïtiennes dans le cadre du programme d'aide humanitaire du gouvernement du Québec, des membres du personnel québécois ont poursuivi leur travail auprès d'institutions haïtiennes et du ministère de la Santé publique et de la Population d'Haïti. Le Service de la coopération internationale a également contribué à préparer la visite de la représentante du gouvernement du Québec, madame Solange Charest, à l'inauguration des nouveaux locaux de la pharmacie de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti.

Enfin, dans le cadre du colloque du Mouvement québécois de villes et villages, qui s'est tenu à l'Université Laval en octobre 1996, le Centre collaborateur québécois de l'OMS pour le développement des villes et villages en santé a été inauguré.

### **2.3.3 Le Secrétariat à l'adoption internationale**

Le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) 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 concernant l'adoption internationale qui respectent à la fois la législation étrangère et la législation québécoise.

Pour réaliser son mandat, le Secrétariat évalue les possibilités d'adoption dans les divers pays étrangers et actualise, 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 Secrétariat 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 Secrétariat à l'adoption internationale 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 1996-1997, le Secrétariat a accueilli des responsables de l'adoption en provenance du Cambodge, de la Chine, de la Corée du Sud, du Mexique, des Philippines, de la Russie, de Taiwan et du Viêt Nam. Par ailleurs, il a effectué une mission en Inde à l'occasion de la 3<sup>e</sup> Conférence sur l'adoption internationale, à New Delhi. Ce voyage a permis de raffermir les liens avec les autorités de ce pays et d'établir de multiples contacts avec les délégations des pays participants.

Le *Code d'éthique des organismes agréés*, adopté avec la collaboration du Secrétariat et des organis-

mes agréés, est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1997. Ce code, qui touche entre autres plusieurs aspects des procédures et des services rendus aux parents adoptants, devrait assurer une qualité, une transparence et une équité accrues, au bénéfice des enfants adoptés, des familles d'accueil et des différentes personnes intervenant tant au Québec qu'à l'étranger. Notons également que le Secrétariat publie cinq fois par année un bulletin d'information intitulé *Adopte-Info*, qui traite de tous les sujets en la matière et qui atteint maintenant les mille copies par numéro.

Finalement, le Secrétariat a émis, au cours de l'année financière 1996-1997, 881 autorisations de projets d'adoption internationale concernant des enfants provenant de 30 pays, dont les cinq principaux sont : la Chine (444), Haïti (99), la Roumanie (66), la Russie (58) et le Viêt Nam (35). Le volume d'adoptions a légèrement diminué par rapport à l'année précédente, en raison du ralentissement des procédures en Chine, pays d'origine de 50 % des enfants adoptés à l'étranger par des parents adoptants québécois.

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

En 1996-1997, le Ministère a procédé à l'intégration du Bureau des services aux communautés culturelles et des programmes d'accès aux services en langue anglaise, sous la responsabilité administrative d'une même personne.

Dans le cadre des services aux communautés culturelles, des rencontres ont été organisées afin d'expliquer comment le Ministère entendait intervenir dorénavant dans ce secteur d'activité. La priorité a été donnée aux problèmes d'accessibilité de la clientèle. Les personnes représentant les régies régionales engagées dans ce dossier et celles qui avaient été déléguées par certains établissements ont convenu du bien-fondé de cette orientation, qui permet au ministère de la Santé et des Services sociaux de jouer un rôle de premier plan à l'égard des autres ministères et organismes gouvernementaux.

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. La loi précise également que les régies régionales doivent préparer un programme d'accès aux services en langue anglaise pour faciliter l'exercice de ce droit aux personnes d'expression anglaise.

Les premiers programmes d'accès ont été élaborés en 1989. Les régies régionales devaient réviser et mettre à jour leur programme, comme le précise

le cadre de référence publié en 1994 par le Ministère. Les programmes d'accès ont été déposés au Ministère; une analyse et une appréciation de chacun ont été effectuées. L'opération se poursuivra en 1997-1998.

## **2.4 La vérification interne**

Le Service de la vérification interne a la responsabilité de procéder à des évaluations et de formuler des recommandations portant sur la gestion ministérielle au regard des programmes, des activités et des unités du Ministère afin de lui permettre, notamment :

- d'aider les gestionnaires à mieux atteindre leurs objectifs et à assumer leurs responsabilités ;
- d'améliorer l'utilisation de ses ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles.

Au cours de l'exercice 1996-1997, le Service de la vérification interne a produit six rapports de vérification ou d'étude portant sur :

- la protection des actifs informationnels du Ministère ;
- la gestion des activités du comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et du secrétariat général du secteur de la santé et des services sociaux ;
- la gestion du programme de santé et de sécurité du travail dans le réseau ;
- la transformation du Secrétariat à l'adoption internationale en unité autonome de services ;
- les réclamations pour les activités de perfectionnement du personnel du réseau ;
- la gestion ministérielle des budgets de mise à jour des connaissances du personnel infirmier.

Le Service a également mené des interventions ponctuelles touchant plus particulièrement les éléments suivants :

- la production de documents de travail et de recherche documentaire qui appuient la réalisation des travaux du comité québécois sur l'approvisionnement, la gestion et la distribution du sang ;
- l'évaluation des effets et de l'applicabilité au Ministère du projet de loi 130, qui porte sur la justice administrative ;
- la coordination ministérielle d'un projet d'intégration relativement aux façons de faire en matière de gestion de la correspondance, et la production d'un rapport-synthèse à la haute direction du Ministère ;

- la coordination d'un projet d'implantation d'une unité autonome de services au SAI.

Enfin, le Service de la vérification interne s'est doté au cours de la présente année de nouvelles orientations stratégiques et de principes d'intervention afin de privilégier le partenariat avec ses clients (sous-ministre, sous-ministres adjointes et adjoints, gestionnaires) et de mieux adapter ses interventions aux besoins et priorités du Ministère.

### 3. La planification et l'évaluation

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

- de proposer des priorités et 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 interrégionale 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.

Par ailleurs, la Direction générale de la planification et de l'évaluation joue également un rôle de soutien à l'action auprès des autres directions générales. Ses objectifs sont les suivants :

- encourager le développement d'une véritable stratégie de la planification afin d'être en mesure d'orienter les activités du réseau à moyen et à long terme ;
- développer une expertise et une masse critique permettant au Ministère d'adopter une position stratégique face aux problèmes auxquels le Québec est susceptible d'être confronté en matière de santé et de services sociaux ;

- permettre une meilleure intégration entre les domaines de la santé et des services sociaux par l'élaboration d'approches et de stratégies incluant ces deux dimensions complémentaires ;
- mieux évaluer la gestion des activités et les résultats obtenus de façon à répondre adéquatement aux problèmes actuels et futurs.

#### 3.1 La planification stratégique

La Direction générale est un lieu d'intégration des grandes orientations stratégiques du système en ce qui a trait à la réforme, aux indicateurs de performance relatifs aux objectifs et à la contribution à la concrétisation des priorités gouvernementales, ainsi qu'à la stratégie budgétaire et financière. C'est dans cette perspective que se conçoit sa responsabilité à l'égard du plan stratégique du Ministère et qu'a été préparé le document déposé par le Ministère au Sommet sur l'économie et l'emploi en octobre 1996.

Les perspectives qui se dégagent dans le domaine sociosanitaire à partir de la *Politique de la santé et du bien-être* sont maintenant actuelles autour de cette fonction de planification stratégique. Les objectifs et stratégies de la politique demeurent néanmoins des guides privilégiés pour dégager les orientations à mettre de l'avant et établir les bases de la participation aux démarches intersectorielles en matière de développement social.

Bien que le travail de planification stratégique et d'analyse prospective en soit encore à une phase de démarrage, certaines questions s'imposent et orientent la structure des futurs développements dans le domaine de la santé et des services sociaux, en ce qui a trait notamment à la décentralisation, à des éléments de territorialité et à la responsabilité de la population ; s'ajoute à cela l'urgence de définir différentes lignes de services en les articulant les unes aux autres. Par ailleurs, la pression exercée par l'apparition de divers types de producteurs de services d'une part, et la perspective d'une transformation accélérée du réseau de la santé et des services sociaux d'autre part, mettent en évidence l'urgence d'analyser les rapports entre le public, le privé et le communautaire afin d'être en mesure de mieux prévoir les grands mouvements qui se dessinent actuellement dans l'univers de la santé et des services sociaux.

## 3.2 Les politiques

### Le cancer

Le Comité consultatif sur le cancer a le mandat d'élaborer un programme de lutte contre le cancer couvrant tous les volets de l'intervention, soit la promotion-prévention, le dépistage, l'investigation, le traitement et l'adaptation, ainsi que le soutien et les soins palliatifs.

À cet effet, le Comité a réuni quatre groupes de personnes dont l'expertise réciproque a permis de formuler des recommandations pour ce qui est du site tumoral, du système en cause ou encore en ce qui a trait au fait que les personnes atteintes de cancer soient des enfants. Ces groupes ont terminé la majeure partie de leurs travaux et déjà certaines conclusions s'en dégagent. Ainsi le tabagisme, l'alimentation et l'environnement font l'objet de recommandations particulières en matière de promotion-prévention, tandis qu'en intervention précoce l'accent a été mis sur les orientations à adopter quant au cancer du sein, au cancer du col utérin, au cancer du côlon et au cancer de la prostate. En matière d'investigation, de traitement et d'adaptation, le Comité a principalement concentré ses travaux sur neuf types de cancers, soit : les cancers pédiatriques, le cancer du poumon, le cancer du sein, les cancers gynécologiques, les cancers urologiques, les cancers du côlon et du rectum, les leucémies et lymphomes, les cancers cervico-faciaux et les cancers de la peau. Enfin, pour ce qui est du soutien, le Comité s'est attardé à bien définir chacun des services offerts en la matière, et ce, à toutes les étapes de la maladie incluant la fin de vie. Le Comité doit déposer son rapport au cours de 1997.

### La santé mentale

Au cours de la dernière année, le Ministère a travaillé au projet de loi 39 sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale qui a été présenté en commission parlementaire, de même qu'à son suivi. Dans le cadre de cette commission, une consultation élargie auprès de l'ensemble des personnes en cause (les usagères et les usagers, les familles, les groupes de défense des droits, les groupes communautaires, les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux, ainsi que les associations et les groupes nationaux) a permis de recueillir un total de 35 mémoires et d'entendre 27 groupes ou associations. Dès octobre 1997, le projet de loi amendé, intitulé Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, doit être présenté à l'Assemblée nationale en vue de son adoption.

Le Ministère a également effectué le bilan d'implantation de la *Politique de santé mentale*. Ce rapport d'évaluation, qui a été diffusé dans l'ensemble du secteur de la santé mentale, permet de faire le point sur la mise en œuvre des différents moyens d'action inscrits à l'intérieur de cette politique. Dès lors, deux types d'action ont été entrepris.

D'abord, la mise à jour de la *Politique de santé mentale*, amorcée en 1996, qui sera déposée au début de 1998. Elle est principalement axée sur les thèmes ou les problématiques qui suivent : promotion et prévention ; santé mentale des enfants et des adolescents, des personnes âgées et des femmes ; de même que l'organisation des services, plus particulièrement en matière de réintégration sociale. Ensuite, la publication dès avril 1997 d'un document présentant les *Orientations pour la transformation des services en santé mentale* destinées aux personnes ayant des problèmes sévères et persistants en santé mentale.

La reconfiguration du réseau vers un système de services dans la communauté prévue dans la *Politique de santé mentale* ne s'est toutefois réalisée que marginalement, comme le rappelle le Vérificateur général et comme en fait état également le bilan de l'implantation de la politique.

En effet, les personnes qui présentent des problèmes sévères et persistants en santé mentale sont les plus susceptibles de souffrir de l'absence de réseaux organisés de services près de leur milieu de vie. Aujourd'hui, elles vivent pour la plupart à l'extérieur des institutions et sont fréquemment réhospitalisées sans malheureusement bénéficier du soutien nécessaire pour s'intégrer à la communauté.

Par ailleurs, le Ministère a conçu un programme de formation sur le droit au respect de la vie privée et l'obligation à la confidentialité, destiné aux personnes qui travaillent dans les organismes communautaires en santé mentale. Ce programme de formation — qui tend à promouvoir une approche respectueuse des droits des usagères et des usagers, en conformité avec les orientations de la *Politique de santé mentale* — précise la notion de droit au respect de la vie privée, telle qu'elle est enchâssée dans la Charte des droits et libertés de la personne, l'obligation à la confidentialité qui en découle, ainsi que les règles générales et particulières visant la protection des renseignements personnels, telles qu'elles sont établies par le Code civil du Québec et la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.

## La jeunesse, l'enfance et la famille

Au cours du dernier exercice financier, un groupe de travail composé de gens du Ministère et du réseau a procédé à la révision du *Manuel de référence sur la Loi sur la protection de la jeunesse* rendue nécessaire par l'évolution de la législation, de la jurisprudence, du savoir et des pratiques dans le domaine. L'ouvrage s'intitule maintenant *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*.

Certaines modifications législatives majeures, à elles seules, imposaient cette révision : l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 à l'origine du processus de réforme du réseau de la santé et des services sociaux, l'entrée en vigueur, en janvier 1994, du Code civil du Québec, et les amendements apportés à la Loi sur la protection de la jeunesse pendant la même année.

Ces modifications de la législation résultent notamment d'une évolution considérable des pratiques, du savoir et de la jurisprudence. Ainsi, pendant la dernière décennie, la *Politique sur la santé et le bien-être* de même que le rapport *Un Québec fou de ses enfants* et le *Plan d'action jeunesse* ont permis de préciser l'orientation du réseau de la santé et des services sociaux relativement aux services destinés aux enfants et à leurs parents. D'autres travaux ont porté plus particulièrement sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse ainsi qu'en font état, par exemple, le rapport *La protection sur mesure* et celui sur *La protection de la jeunesse... plus qu'une loi*.

## La toxicomanie

Le Ministère, en collaboration avec ses partenaires du réseau, a entrepris la révision de la *Politique clientèle en toxicomanie*, destinée entre autres à guider les régies régionales dans l'organisation d'un réseau intégré de services. Cette politique doit être publiée au cours de l'automne 1997.

## La déficience intellectuelle

En septembre 1996, le comité aviseur formé par le Ministère a travaillé à l'élaboration de la *Politique clientèle en déficience intellectuelle*, ce qui a entraîné des travaux d'analyse liés à l'évaluation des besoins des personnes et des familles, de même qu'à l'état des services présentement offerts par rapport aux orientations ministérielles adoptées en 1988.

Le comité aviseur est constitué de représentantes et représentants du Ministère, des régies régionales, des centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle, des centres locaux de services communautaires, de l'Office des personnes handicapées et des parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle. Le document de consultation sur cette politique devrait être disponible à l'été 1998.

Le comité provincial intersectoriel sur l'intégration des enfants handicapés placés en services de garde a mené une consultation auprès des organisations en cause visant à définir le modèle approprié d'organisation des services et de partage des responsabilités. Il fera connaître ses orientations accompagnées de stratégies d'action au cours de la prochaine année.

## Les médicaments

Rendu public en avril 1996, le rapport du comité d'experts sur l'assurance-médicaments, présidé par monsieur Claude Castonguay, a débouché sur la présentation d'un projet de loi et la tenue d'une commission parlementaire sur le sujet qui a donné lieu à la loi instituant le régime général d'assurance-médicaments, laquelle a été adoptée le 19 juin 1996.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997, les Québécoises et les Québécois bénéficient donc d'un nouveau mécanisme de protection sociale dont la mise en place a été rendue possible grâce aux efforts intensifs du Ministère, de la RAMQ et des regroupements d'employeurs et d'assureurs du secteur privé. Cette mesure permet, en plus de résoudre les problèmes d'accessibilité aux médicaments, de diminuer à court terme la pression sur les dépenses publiques de santé.

Des dispositions de la loi faciliteront le suivi et l'évolution du régime, notamment la confirmation du rôle du Conseil consultatif de pharmacologie, la mise en place d'un comité de revue d'utilisation des médicaments et la création d'un groupe de concertation en lien avec une politique du médicament qui devrait être rendue publique au début de 1998.

## La médecine génétique

Pour faire suite au rapport du Comité consultatif en génétique humaine, le Ministère a formé cette année un groupe de travail mandaté pour élaborer des orientations en la matière; ses membres proviennent de la Direction générale de la santé publique et de la Direction générale de la planification et de l'évaluation.

Le groupe s'est principalement penché sur l'amélioration à apporter aux services en génétique médicale et à l'encadrement de la recherche en génétique humaine. Ses travaux ont également porté sur l'accessibilité des personnes adultes atteintes de maladies à des services ultraspecialisés et spécialisés pour le dépistage de certaines pathologies notamment en période préconceptionnelle, sur l'organisation du réseau des laboratoires et, enfin, sur certaines questions d'ordre éthique relativement au développement de nouvelles technologies issues des recherches sur le génome humain.



Une consultation générale sur le projet des orientations ministérielles est prévue pour le début de l'hiver 1997-1998, à la suite de quoi les ajustements requis seront apportés. La diffusion du document *Orientations ministérielles en génétique humaine* est planifiée pour le mois de mars 1998.

### **3.3 Les orientations en matière d'organisation des ressources**

Une importante réflexion a été entreprise sur la réorganisation de la dispensation des services médicaux, en collaboration avec les principales instances visées par ce dossier. Cette réflexion est faite à partir d'une conception de hiérarchisation des services, c'est-à-dire que le bon service soit dispensé au bon endroit par la bonne personne. Elle vise à accroître l'efficacité et l'efficacités de la dispensation des services médicaux et à en améliorer l'accessibilité. De plus, dans un contexte où l'organisation des services est envisagée sur une base locale et régionale, différentes formes de financement, correspondant à une responsabilité de la clientèle, ont été explorées. Certaines propositions à cet égard pourraient être disponibles au cours de l'année 1997-1998.

#### **L'évolution des approches en santé physique**

Dans le but de soutenir et d'orienter des approches plus pertinentes en santé physique, le Ministère a amorcé certains dossiers de planification. Le document *Le virage ambulatoire en santé physique : bilan et perspectives*, qui sera disponible à l'automne 1997, a permis de faire le point sur les résultats, les enjeux et les perspectives reliés à toute la transformation des services dans le champ de la santé physique.

Dans le contexte du virage ambulatoire, les CLSC ont agrandi leur champ d'action et endossé de plus grandes responsabilités. En l'espace de deux ans, leur collaboration avec les centres hospitaliers de soins de courte durée a progressé de façon spectaculaire; les CLSC couvrent maintenant une plus large clientèle et assument de nouveaux services spécialisés en santé physique. Cette situation a nécessité de revoir les dispositions administratives et financières au regard de certains médicaments, fournitures médicales et services pharmaceutiques utilisés pour les soins à domicile et dans le cadre des services de première ligne. Un groupe de travail du Ministère, associé à la Fédération des CLSC du Québec, a donc été mandaté pour dresser un bilan de la situation et formuler des propositions permettant, entre autres, de garantir l'équité aux personnes bénéficiaires de services. Déposé au printemps 1997, le document préliminaire mentionne l'obligation d'harmoniser les

procédures, le financement, ainsi que certaines dispositions législatives. Le groupe poursuivra ses travaux à l'automne 1998.

Dans cette même perspective du virage ambulatoire, plusieurs hôpitaux québécois ont réduit sensiblement la durée de séjour en milieu hospitalier après un accouchement, ce qui a provoqué l'inquiétude des médecins spécialistes en pédiatrie, en obstétrique et en médecine génétique quant aux effets possibles de ces modifications dans les pratiques et les a amenés à prendre position à cet égard.

À la suite de ces interventions, le Ministère a formé un comité de travail sur les congés précoces en périnatalité mandaté pour évaluer la situation dans le réseau et procéder au besoin à l'élaboration de paramètres destinés à encadrer cette pratique. De concert avec le réseau hospitalier et celui des maisons de naissance, le comité est en voie de compléter le portrait de la situation relativement aux durées de séjour et aux mécanismes mis en place pour assurer les services en période post partum à l'occasion des congés précoces. Il devrait remettre son rapport en décembre 1997.

#### **L'allocation directe**

En ce qui concerne cette modalité de couverture des services de maintien à domicile, le Ministère a élaboré un cadre de référence qui sera diffusé à l'automne 1997.

De plus, afin d'encourager les usagères et les usagers à jouer leur rôle d'employeur et d'offrir au personnel qu'ils embauchent une couverture sociale adéquate, et en vue également de s'associer à la volonté gouvernementale d'enrayer le travail au noir, le Ministère a retenu la formule Chèque-Emploi-Service pour assurer la gestion de l'allocation directe. Cette modalité de gestion des charges de l'employeur, assurée par le Service de paie Desjardins, sera mise en place progressivement dans toutes les régions d'ici avril 1998.

#### **L'hébergement temporaire**

Le Ministère a procédé à des travaux d'analyse en vue de préciser ses orientations au regard des services d'hébergement temporaire destinés aux personnes âgées, et ce, dans l'optique de confirmer les acquis, de répondre aux problèmes soulevés actuellement dans le réseau sociosanitaire et de faire en sorte que la mise en place ou la consolidation desdits services s'opère de façon souple et équitable, conformément aux besoins exprimés par les clientèles des différentes régions.

## La contribution des adultes hébergés

L'évolution du système de santé a également guidé le groupe de travail chargé de réviser la *Politique de contribution des adultes hébergés*, lequel a poursuivi ses travaux au cours de l'année. La décision du gouvernement fédéral de remplacer le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) par un nouveau régime, en vertu duquel les provinces auront plus de latitude dans l'utilisation des subventions fédérales, permet de modifier les règles de contribution qui sont actuellement inéquitables pour certaines catégories d'usagers et d'usagers hébergés, sans pour autant entraîner une perte de revenus pour le Québec.

Une version finale de la nouvelle politique devrait être publiée d'ici la fin de l'année, et le nouveau règlement adopté au début de l'année 1998.

## La contribution des parents aux coûts de placement

Au cours du dernier exercice financier, le dossier de contribution parentale a fait l'objet de deux démarches auxquelles ont collaboré les centres jeunesse et les régies régionales.

Dans le cadre du mandat ministériel de révision de la *Politique de contribution des adultes hébergés*, les responsables du dossier ont arrêté un bilan concernant les divers aspects reliés à l'application de la contribution parentale, à la suite de quoi ils ont formulé des propositions susceptibles d'alimenter le processus de révision dont ils poursuivront les travaux au cours de la prochaine année.

Le Ministère a également collaboré à certains travaux du comité interministériel pour la mise en œuvre de la *Politique familiale*, qui ont conduit à modifier la Loi sur les prestations familiales de façon à rendre admissibles aux allocations familiales les enfants dont les parents contribuent au coût du placement. En continuité avec le précédent bilan, une réflexion plus large s'est amorcée sur l'harmonisation des paramètres de contribution — dont celui de la contribution minimale — avec la nouvelle *Politique familiale* du Québec.

## 3.4 Les normes et standards de répartition et d'organisation des ressources

Le Ministère a réalisé plusieurs activités dans ce champ d'intervention en 1996-1997, et ce, dans une perspective d'équité interrégionale dans l'allocation des ressources. Le changement majeur de sa démarche par rapport à celle de l'année dernière réside dans l'approche elle-même, laquelle répond mainte-

nant à une logique d'accessibilité des services pour la population régionale, quel que soit le lieu de prestation de ces services.

Ainsi, la recherche de l'équité s'appuie désormais sur la définition d'une enveloppe globale par région, laquelle :

- correspond au financement de l'ensemble des services que nécessitent les besoins de la population de la région ;
- inclut les services médicaux, mis à part les services ultraspecialisés et à vocation nationale qui seront gérés selon des modalités différentes dans le cadre d'une enveloppe nationale ;
- est calculée à partir de la population pondérée par un indice global de besoins et un coût différentiel de production des services.

De cette perspective, le Ministère a mené divers travaux visant à définir les enveloppes régionales ou les enveloppes «population» à partir d'un indicateur de besoins et des coûts différenciés de production des services. De plus, il a fixé les paramètres de l'enveloppe nationale et des enveloppes régionales de la consommation réelle, notamment en ce qui concerne :

- la définition de la notion de service national, le relevé de ces services par programme-clientèle et l'évaluation des coûts ;
- l'évaluation des coûts de la recherche et de l'enseignement ;
- la définition et l'évaluation des services asilaires ;
- les échanges de services entre les régions.

De plus, le Ministère a amorcé un processus de réflexion sur la gestion des services nationaux, des services asilaires et des services interrégionaux. De concert avec les intervenantes et les intervenants en cause, il a également documenté la problématique des régions nordiques et produit divers outils d'information sur les différents volets de cette problématique.

Dans le domaine de la technologie biomédicale, plusieurs dossiers ont retenu l'attention du Ministère en 1996-1997, notamment au regard du développement et de l'amélioration de l'équipement médical spécialisé, de l'équipement médical que nécessite l'arrivée des patients, du maintien de la main-d'œuvre médicale dans les régions éloignées et de la haute technologie biomédicale. Dans ce dernier secteur, le Ministère a injecté une somme additionnelle de 15 000 000 \$ afin de doter les établissements des équipements que nécessitent les nouveaux besoins de la population.

Certains 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 et les besoins en lits de courte durée physique.

### 3.5 Les études évaluatives et la recherche

#### Les statistiques et les indicateurs

Des efforts constants ont été déployés en 1996-1997 pour élaborer, mettre à jour et améliorer la qualité des renseignements de certaines bases de données à des fins de monitoring global du système sociosanitaire. Notons entre autres 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 et les comparaisons interprovinciales et internationales.

Sur ce chapitre, le Ministère a publié en octobre 1996 — dans la collection Données statistiques et indicateurs — le rapport *La survie reliée au cancer : le Québec comparé*.

Par ailleurs, de nouveaux numéros des bulletins d'information ayant pour thèmes le découpage territorial, les données de population, le SIFO et les statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles (SERHUM) ont été diffusés, notamment sur le site Internet du Ministère. De plus, le nouveau bulletin d'information INFO-SAS (Information générale du service de l'analyse statistique) est paru en octobre 1996. Comme son nom l'indique, ce bulletin présente des éléments d'information *ad hoc*, non couverts par les productions statutaires reliées aux dossiers traditionnels du secteur.

En outre, dans le cadre de la démarche de consultation sur la fiscalité et le financement des services publics amorcée en novembre 1995 par le comité des priorités du gouvernement du Québec, le secteur de l'analyse statistique a reçu le mandat de réaliser un document présentant des données factuelles sur l'ampleur des coûts et le rendement des ressources du système sociosanitaire québécois, sur une base d'évolution et de comparaison, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Sous le titre *Le coût et l'efficacité des services de santé et des services sociaux*, ce document de référence utilisé à l'occasion du Sommet économique de l'automne 1996 est maintenant disponible en français et en anglais aux Publications du Québec.

Différents travaux ont aussi été menés pour développer l'instrumentation nécessaire à la géomatique socio-économique et en démontrer les applications

multiples dans le domaine sociosanitaire. Par exemple, le document *Cartographie démographique et socio-économique des CLSC du Québec* permet de comparer visuellement les populations résidant dans chaque territoire, selon une dizaine d'indices de besoins.

Le secteur de l'analyse statistique a également contribué au développement du site Internet du MSSS, notamment en produisant un nombre important d'éléments d'information dans la section «Indicateurs et statistiques». Plusieurs thèmes sont couverts, dont la population, les ressources, les dépenses, le découpage territorial, etc. Les aspects visuels de présentation ont été privilégiés, en particulier la cartographie et la géomatique.

Enfin, le secteur de l'analyse statistique a continué à répondre, sur une base régulière, à un important volume de demandes ponctuelles. Ces demandes qui émanent, en bonne part, de la haute Direction du MSSS, mais également des régions, du réseau, du secteur universitaire, des médias et de la population en général, ont trait à l'information statistique reliée aux principales composantes du système socio-sanitaire québécois, incluant un bon nombre faisant appel à l'expertise du Ministère dans le domaine du découpage territorial et de la géomatique.

Du côté du secteur du développement d'indicateurs, la conception et la production de ceux-ci permettent de suivre, sur la base de résultats, les clientèles et le réseau, au regard des objectifs poursuivis.

Au cours de la dernière année, dans le cadre du suivi conjoint avec les régies régionales des résultats de la transformation, une quinzaine d'indicateurs ont été documentés en octobre 1996, et une dizaine d'autres en mars 1997.

Les travaux d'élaboration d'indicateurs et ceux de soutien au développement des systèmes d'information pertinents et performants ont été principalement axés sur les besoins dans les secteurs de la jeunesse, des personnes âgées en perte d'autonomie, de la périnatalité, des CLSC, des soins en santé physique ainsi qu'en milieu hospitalier. Parmi les documents réalisés à cet effet, mentionnons la mise à jour des ouvrages suivants : *Sommaire et Cahiers des indicateurs*, *Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation* (document du Sommet sur l'économie et l'emploi) et *Repères de la transformation*. Dans la foulée des travaux de diffusion et d'approvisionnement de la transformation, la Direction a fourni une documentation chiffrée et graphique, sous forme d'outil de présentation aux gestionnaires du Ministère et du réseau.

## L'évaluation

En ce qui concerne la lutte contre le sida, le Ministère a poursuivi durant l'année deux projets d'envergure, à savoir : l'évaluation des programmes de prévention du VIH chez les utilisatrices et les utilisateurs de drogues par injection, et l'évaluation d'un programme de formation sur l'homosexualité destiné à soutenir les efforts de prévention des personnes qui travaillent en première ligne. De plus, il a amorcé des travaux visant la conception d'un projet d'évaluation par rapport aux soins et aux services dispensés à cette clientèle particulière.

Le Ministère a également entrepris d'évaluer la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* conjointement avec les autres ministères et organismes responsables de cette politique, ce qui l'amène notamment à jauger la mise en œuvre des mécanismes de concertation intersectorielle qui y sont prévus et à évaluer également une quinzaine de projets de prévention dont il détient la responsabilité financière.

Pour ce qui est du secteur jeunesse, une étude sur le parcours des enfants et des adolescentes et adolescents signalés à la protection de la jeunesse est en cours. Un appel d'offres pour réaliser un projet d'évaluation sur les relations entre l'accessibilité aux services psychosociaux pour les enfants âgés de 0 à 12 ans et les modes d'organisation des services a été préparé avec les régies régionales et lancé conjointement avec le CQRS.

Dans le secteur de la déficience intellectuelle, le Ministère a mené une importante recherche longitudinale sur l'intégration sociale et le bien-être psychologique des personnes ayant une déficience intellectuelle, ainsi qu'une étude sur les besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle et sur les besoins de leurs familles et de leurs proches, au regard des services qui leur sont dispensés.

En matière de toxicomanie, le Ministère a publié *Recensions et inventaires analytiques des programmes en promotion de la santé, en prévention des toxicomanies et en intervention précoce*, *Recensions et inventaires analytiques de programmes en désintoxication, en réadaptation et en aide et soutien*, tandis que le *Guide de pratique pour l'évaluation de programmes appliquée à la promotion de la santé et à la toxicomanie* est en voie d'achèvement. Il a également réalisé le premier des deux volets d'une étude visant à dresser un bilan de l'action intersectorielle en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies, de même qu'une étude portant sur les besoins des personnes ayant un problème de toxicomanie et ceux de leurs proches, au regard des services qui leur sont offerts.

Enfin, le Ministère a soutenu financièrement la mise au point du système d'évaluation de la qualité des services en réadaptation dans le domaine des toxicomanies, et il amorce actuellement des travaux liés au développement et à la validation d'un instrument permettant de mesurer la gravité de la toxicomanie chez les adolescentes et les adolescents.

Enfin, il a dressé un inventaire des stratégies de transfert des connaissances et publié un avis sur le transfert des connaissances. Le comité aviseur sur la recherche et l'évaluation, composé de gens du Ministère, du réseau et du milieu de la recherche, continue de se pencher sur les problématiques actuelles.

## L'évaluation de la transformation en santé physique

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. Les projets réalisés au cours de cette année, ou en voie de l'être, concernent la synthèse des plans de transformation régionaux, l'analyse de l'évolution de l'autosuffisance des régions dans le contexte de la transformation, l'analyse de l'utilisation des services médicaux hospitaliers et ambulatoires dans l'ensemble de la population et une comparaison de ces données avec celles de groupes vulnérables en raison de l'âge, du statut socio-économique, de la condition médicale ou de la localisation géographique.

## La recherche

Au cours de la dernière année, le Ministère a effectué des recherches sur certaines problématiques sociales et problématiques de santé, dont les familles et les dynamiques intergénérationnelles, le vieillissement de la population et la pauvreté. Il a également conçu, développé et analysé des indicateurs sociosanitaires dans le cadre de multiples dossiers, à savoir : le suivi des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*, la comparaison de certains indicateurs démographiques, socio-économiques et sanitaires à l'échelle de quelques pays industrialisés, la mortalité au Québec par région, les grossesses à l'adolescence et les avortements, l'enquête Santé Québec auprès des communautés culturelles, l'enquête Santé Québec de 1998 et l'indicateur global de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources.

Les crédits totaux alloués à la coordination de la recherche en 1996-1997 ont été de 63 168 100 \$. De ce montant, le Fonds de la recherche en santé du

Québec (FRSQ) s'est vu octroyer 42 533 600 \$; l'Institut de recherches cliniques de Montréal, 8 000 069 \$; le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), 8 209 000 \$; le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS), 531 600 \$; et Santé Québec, 2 200 000 \$. Les crédits pour les autres activités se sont chiffrés à 1 693 831 \$.

Le CETS, le FRSQ et le CQRS sont des organismes relevant du ministre. On trouvera dans la section du rapport annuel relative à ces organismes des précisions additionnelles sur leurs activités.

Par ailleurs, le projet de création d'une banque d'information sur la recherche sociale et en santé subventionnée et réalisée au Québec s'est poursuivi. Le contenu de la banque est maintenant accessible aux régies régionales et il a permis, encore cette année, de répondre à de multiples demandes d'information. Des travaux sont en cours afin de rendre disponible une partie de cette banque d'information sur le réseau Internet.

Notons que, depuis l'entrée en vigueur du nouveau Code civil le 1<sup>er</sup> janvier 1994, tous les projets de recherche effectués auprès des clientèles d'enfants et d'adultes inaptes doivent être soumis au ministre pour approbation. Environ 200 projets ont été analysés et approuvés entre le 1<sup>er</sup> avril 1996 et le 31 mars 1997. 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, déposé en juin 1995, le Ministère a dressé un plan d'action sur l'éthique et l'intégrité scientifique en recherche après avoir mené une consultation sur le sujet.

En outre, la Direction générale de la planification et de l'évaluation a réalisé plusieurs activités destinées à favoriser la mise en œuvre et le suivi des objectifs et des orientations du Ministère en recherche, notamment la participation à l'élaboration d'une politique scientifique et technologique pour le Québec, la prise de position du gouvernement québécois par rapport à différentes initiatives du gouvernement fédéral en sciences et technologies — comme la création d'un Fonds de recherche sur les services de santé — et le soutien au développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur social au Québec.

Enfin, le Ministère a participé à plusieurs comités ministériels et extra-ministériels comportant une dimension de recherche tel le suivi, par exemple, des projets Endo-recherche et Autonomie-santé-innovation du Fonds de développement technologique. De plus, il a maintenu des relations actives avec les divers organismes subventionnaires fédéraux.

### **3.6 La gestion documentaire**

En 1996-1997, afin de répondre aux besoins de recherche, de planification et d'évaluation, le centre de documentation du Ministère a donné suite à plus de 24 000 demandes d'articles de périodiques, de volumes ou rapports, de dossiers documentaires et de relevés bibliographiques par l'entremise de différentes banques de données. Dans l'optique d'une rationalisation des coûts d'acquisition et d'emprunt des documents, diverses ententes de réciprocité d'échange de documents ont été conclues entre plusieurs bibliothèques d'organismes, tant du milieu gouvernemental que du réseau de la santé et des services sociaux. En cours d'année, le centre a amorcé de nombreux projets dont l'informatisation du prêt des documents et l'implantation d'Internet. De plus, un membre du personnel du Service de la documentation a siégé au comité exécutif du Regroupement des membres du réseau informatisé des bibliothèques gouvernementales du Québec et du groupe des responsables de la gestion des documents du gouvernement du Québec.

En conformité avec les lois et les politiques gouvernementales en vigueur en matière de gestion documentaire, le Service de la documentation a poursuivi ses travaux de révision et de mise à jour des outils documentaires tels le calendrier de conservation des documents informatiques, le calendrier de conservation des documents du Ministère, le plan de classification uniforme, l'automatisation du système documentaire. Dans le cadre de ses opérations courantes en matière de gestion des documents actifs, semi-actifs et inactifs, le Service a traité et donné suite à plusieurs milliers de demandes. Tout au long de l'année, il a également procédé à la microphotographie et au développement de près de trois millions de documents.

#### **L'accès à l'information**

Le responsable ministériel de l'application de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels a donné suite à 707 requêtes réparties comme suit : 42 demandes d'accès à des documents ou à des renseignements personnels, 529 demandes reliées au registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès), 111 demandes de renseignements généraux et d'avis sur la loi, 22 demandes d'accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche ou d'étude, 3 demandes de préparation de protocole d'entente pour l'échange de renseignements personnels entre le Ministère et d'autres organismes. De plus, dans le contexte de la réévaluation de la Loi sur l'accès prévue pour la fin de l'année 1997, la personne responsable de la Loi sur l'accès pour le Ministère a

joint les rangs du groupe de travail interministériel coordonné par la Commission d'accès à l'information et l'Association sur l'accès et la protection de l'information.

### **La Charte de la langue française**

La personne mandatée par le ministre pour voir à l'application de la Charte de la langue française s'est engagée dans plusieurs dossiers concernant entre autres les plaintes au manquement à la Charte, la production d'avis dans le cadre du projet de loi 40 modifiant la Charte de la langue française et l'élaboration de la *Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'administration*. En vue de se conformer à la politique linguistique gouvernementale, le Ministère a créé un comité permanent formé du mandataire ministériel et d'une personne représentant les secteurs de l'informatique et des technologies de l'information, des achats et des communications ; le comité a amorcé en cours d'année l'élaboration d'une politique linguistique ministérielle.

### **3.7 La pratique des sages-femmes**

La Loi sur la pratique des sages-femmes — élaborée dans le contexte de projets-pilotes et sanctionnée en juin 1990 — institue deux mécanismes provinciaux d'encadrement dont le soutien est assuré par l'unité de coordination des projets-pilotes sages-femmes du Ministère.

Le premier de ces mécanismes est le comité d'admission à la pratique des sages-femmes. En janvier 1997, celui-ci a donné son aval à la publication du document *Conditions d'obtention d'une reconnaissance d'aptitude à pratiquer à titre de sage-femme dans le cadre des projets-pilotes* permettant ainsi la reconnaissance de nouvelles sages-femmes. Cette décision du comité d'admission faisait suite à une demande du ministre de la Santé et des Services sociaux et du ministre responsable de l'application des Lois professionnelles de mettre en place des mesures visant à assurer un plus grand bassin de sages-femmes aptes à pratiquer.

Par ailleurs, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a effectué le suivi des projets-pilotes et poursuivi ses travaux d'instrumentation nécessaires à l'évaluation de l'expérimentation. Le Conseil doit déposer ses recommandations concernant la pratique des sages-femmes aux ministres responsables du dossier en décembre 1997.

### **3.8 L'économie sociale**

À l'occasion du Sommet sur l'économie et l'emploi, tenu à l'automne 1996, différents projets d'économie sociale ont été acceptés dans le champ des services de santé et des services sociaux.

Le Ministère a reçu la responsabilité de s'assurer, en collaboration avec les partenaires concernés, de l'implantation de trois types de projets : les projets d'aide domestique, susceptibles de créer 6 000 emplois en trois ans, dont 1 500 la première année ; les centres de services en périnatalité, et la création de plusieurs emplois additionnels dans les Centres de travail adapté (CTA).

Le Ministère a donc participé aux discussions entreprises avec le ministère des Finances, le ministère de la Solidarité et de l'Emploi et le Chantier de l'économie sociale, pour la détermination des paramètres financiers du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique. Un budget de 79 400 000 \$ sur trois ans a été annoncé à cet effet.

De plus, l'ensemble des outils nécessaires au démarrage rapide de ces projets ont été préparés en collaboration avec les partenaires régionaux et le Chantier de l'économie sociale.

## 4. La santé publique

La Direction générale de la santé publique 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 développer, de promouvoir et de mettre à jour les orientations et les stratégies relatives à la 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 développer, de promouvoir et de mettre à jour les orientations et les stratégies relatives à la protection de la santé publique et au contrôle des MTS et du sida et de s'assurer de leur mise en œuvre ;
- de concevoir, de promouvoir, de coordonner et d'évaluer le cadre d'action stratégique (priorités nationales) en santé publique en collaboration avec les partenaires régionaux ;
- de promouvoir le développement des connaissances et des pratiques en santé publique en favorisant la mise en place d'un institut national de santé publique au Québec.

Le mandat principal de la Direction est d'élaborer et d'actualiser les orientations sectorielles du Ministère en matière de santé publique et d'exercer un leadership dans l'action menée sur les déterminants de la santé et du bien-être. À la suite de la réorganisation administrative du Ministère en juin 1995, elle s'est vu confier de nouvelles responsabilités principalement en matière d'analyse et de surveillance de la santé et du bien-être de la population, ainsi que dans l'élaboration et la mise en œuvre d'orientations et de stratégies relatives à la prévention et à l'éducation sociosanitaire.

De plus, au cours de l'année financière 1996-1997, la Direction générale de la santé publique a poursuivi ses efforts pour élaborer les priorités nationales en santé publique, et ce, conjointement avec ses partenaires régionaux. C'est ainsi que le 6 mars 1997, le ministre de la Santé et des Services sociaux

procédait au lancement du document *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*.

Dans le contexte du développement de l'expertise, un comité de spécialistes, provenant des milieux universitaires et du réseau de la santé publique, a été mandaté par le ministre pour étudier la faisabilité d'implanter un Institut national de santé publique au Québec. Le 18 février 1997, les membres du comité déposaient leur rapport au ministre.

### 4.1 La connaissance et la surveillance de la santé et du bien-être de la population

L'objectif du Ministère sur ce plan est de développer et de mettre à jour les connaissances non seulement sur l'état de santé de la population, mais aussi sur les facteurs qui l'influencent et les groupes les plus vulnérables de la société québécoise à cet égard. Le Ministère doit également surveiller le développement de ces connaissances et en informer la population.

Au cours de la dernière année, la Direction de la santé publique a implanté un nouveau système de déclaration des nouveaux cas de cancers qui permet d'assurer la surveillance épidémiologique du cancer selon le type de tumeur, sa progression et les caractéristiques de la personne atteinte. Elle a également poursuivi ses efforts pour compléter la banque de données ministérielles pour la surveillance médico-environnementale de la santé des travailleuses et des travailleurs. De plus, la Direction a révisé le système de surveillance épidémiologique sur les maladies infectieuses et les intoxications chimiques à déclaration obligatoire implanté l'an dernier afin de recueillir et de diffuser à l'échelle du Québec l'ensemble des informations sur le sujet.

Le fait, également, que le Ministère travaille à créer un cadre d'évaluation et de suivi des priorités nationales, et qu'il ait formulé les résultats attendus, constitue un autre facteur d'orientation pour les activités en matière de connaissance et de surveillance. Cette réalisation permettra de mieux coordonner les actions en matière de santé publique ainsi qu'une reddition des comptes basée sur des résultats mesurables.

Par ailleurs, la Direction générale de la santé publique a publié le rapport annuel décrivant le profil des maladies à déclaration obligatoire en 1994. Il s'agit essentiellement d'un portrait descriptif global de l'ensemble des maladies à déclaration obligatoire et d'une description détaillée d'une quinzaine de maladies infectieuses.

Le rapport annuel sur la surveillance de la mortalité au Québec fait état, quant à lui, des données de mortalité de 1971 à 1994 pour l'ensemble du Québec, et de 1981 à 1994 par région sociosanitaire. On y présente notamment 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.

Signalons également la publication d'une monographie, couvrant les années 1985-1994, sur l'usage de la cigarette, dont l'une des qualités est de permettre le regroupement et l'analyse des données sur le tabagisme au Québec afin d'obtenir un portrait global sur la consommation, les caractéristiques des fumeurs, les tendances de la consommation, les effets sur la santé et l'exposition à la fumée secondaire.

La monographie *Un profil des enfants et des adolescents québécois* trace pour sa part une esquisse de la santé et du bien-être des jeunes Québécois et Québécoises. Ces données sur les jeunes proviennent principalement de l'enquête sociale et de santé 1992-1993 et auxquelles s'ajoutent des éléments d'information tirés de grands fichiers et d'autres enquêtes.

Publié conjointement avec Kino-Québec, un ouvrage présentant les résultats de l'enquête sur l'activité physique et la santé constitue la cinquième monographie reliée à cette enquête sociale et de santé de 1992-1993.

Finalement, une section internationale en connaissance et surveillance a été mise en place dans le cadre d'un partenariat avec le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS).

## **4.2 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 évaluer l'effet des lois et des programmes gouvernementaux sur la santé et le bien-être de la population et à promouvoir le développement de moyens favorisant la santé et le bien-être.

En 1996-1997, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être a investi principalement ses efforts selon les six axes suivants :

- les priorités nationales de santé publique ;
- les orientations et les stratégies ministérielles en matière de promotion de la santé et du bien-être ;
- le soutien au développement des communautés et des milieux de vie ;
- la réduction des inégalités de santé et de bien-être et la promotion de conditions de vie favorables à la santé et au bien-être ;

- les politiques publiques ;
- la concertation et le développement international.

### **Les priorités nationales de santé publique**

La publication ayant pour titre *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* est le résultat d'un travail de réflexion, de recherche et de concertation et elle est complémentaire à la *Politique de la santé et du bien-être*. Au cours de la dernière année, les travaux de rédaction, validation, impression et diffusion du document ont été finalisés.

Ce document détermine sept champs prioritaires d'intervention qui constitueront la base de l'action commune menée au Québec d'ici l'an 2002 par les équipes de santé publique en collaboration avec leurs partenaires, soit : le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, les maladies évitables par l'immunisation, le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement, le dépistage du cancer du sein, le tabagisme, les traumatismes non intentionnels et intentionnels (violence, suicide), l'alcoolisme et les toxicomanies.

Les actions liées à ces priorités doivent être réalisées selon quatre grands principes directeurs qui amènent les régies régionales à intensifier leurs interventions dans les domaines précités, à s'engager encore davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être, de même qu'auprès des communautés, et à développer une meilleure concertation et coordination, car là réside le véritable défi dans le contexte de la transformation du réseau sociosanitaire. Les mesures de suivi d'implantation et d'évaluation des résultats seront mises en place en 1997-1998.

### **Les orientations et les stratégies ministérielles en promotion de la santé et du bien-être**

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être a entrepris une démarche de consultation et d'analyse sur les perspectives et les enjeux en promotion de la santé au Québec afin de mieux orienter l'action du Ministère et de soutenir l'action régionale et locale en cette matière, particulièrement dans le contexte de transformation du réseau sociosanitaire. Plusieurs personnes-ressources en promotion de la santé ont été rencontrées à cette fin. Un bilan comportant des pistes d'action précises sera produit d'ici l'automne 1997 sous la direction d'un comité aviseur du réseau.

Par ailleurs, le Ministère a travaillé à l'élaboration d'un plan d'action concerté sur la promotion de la place des pères. Cette démarche vise à soutenir et à supporter le développement régional de projets



susceptibles de favoriser l'engagement des pères pour ce qui est de la santé et du bien-être de leur famille. Dans ce contexte, des contrats ont également été octroyés pour compléter l'inventaire des personnes-ressources qui travaillent auprès des pères, et produire en 1997 une revue de la littérature quant à la portée et à l'efficacité de ces interventions.

Compte tenu du vieillissement marqué de la population québécoise, et en vue de mieux situer les axes prioritaires d'intervention dans le domaine, la Direction a amorcé une analyse de la littérature portant sur la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées.

### **Le soutien au développement des communautés et des milieux de vie**

Depuis plusieurs mois, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être collabore avec le Conseil de la santé et du bien-être à la tenue de forums régionaux et à la planification du Forum national sur le développement social prévu pour janvier 1998. L'ensemble des directions régionales de santé publique sont engagées dans la réalisation de ces forums régionaux; elles contribuent ainsi à développer les rapports de solidarité essentiels à l'amélioration des conditions de vie de la population.

La Direction a investi une partie de ses énergies à planifier le projet «Ce qu'on peut faire ensemble», visant à réunir les personnes les plus significatives qui travaillent principalement auprès des clientèles et des communautés en situation de vulnérabilité autour d'un événement prévu pour le printemps 1998, et axé autant sur la formation et la recherche que sur l'intervention en promotion de la santé.

Le soutien au développement des communautés s'est également traduit par l'octroi d'une subvention au Centre d'information du réseau québécois de Villages et Villages en santé, une organisation qui joue un rôle central d'information, d'animation et de soutien au développement local.

### **La réduction des inégalités de santé et de bien-être**

En cours d'année, le Ministère a reconnu l'expérimentation d'un projet en périnatalité, soit les Centres péri-ressources, comme l'un des projets prioritaires dans le cadre du Chantier d'économie sociale issu du Sommet sur l'économie et l'emploi. Ces centres, qui s'inscrivent en complémentarité avec les ressources des établissements du réseau sociosanitaire et celles des organismes communautaires, offriraient des services supplétifs ou des solutions de rechange en périnatalité ainsi que des services adaptés aux caractéristiques régionales. La Direction a coordonné les différentes phases d'étude

de faisabilité de ce projet qui s'est révélé positif. Les prochaines étapes consistent à planifier l'implantation des Centres péri-ressources dans les sites-pilotes.

Une expérimentation intitulée «Programme Du Bon Pied» a été menée en 1995 dans trois régions du Québec (Estrie, Laurentides, Montréal-Centre) pour évaluer les possibilités d'une collaboration entre les centres travail Québec (CTQ) et les CLSC afin que les femmes enceintes, bénéficiaires de la sécurité du revenu, puissent être dirigées vers les services en périnatalité offerts par les CLSC ou les organismes communautaires. L'évaluation s'étant avérée positive, une démarche d'implantation du programme à la grandeur du Québec a été planifiée et un budget non récurrent a été versé aux régies régionales pour en faciliter les premières phases.

Dans le cadre de la lutte aux inégalités de santé et de bien-être, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être a amorcé une stratégie d'action pour contrer l'insécurité alimentaire, et ce, en collaboration avec certaines directions régionales de santé publique et des organismes communautaires visés par cette problématique. Notons que le Ministère a récemment annoncé qu'un budget de l'ordre de 300 000 \$ serait consacré à la réalisation de projets en sécurité alimentaire.

La prévention, le soutien aux organismes communautaires et la concertation étant au cœur des interventions du Ministère, la Direction a poursuivi ses travaux relatifs à la coordination ministérielle et à l'implantation de la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*. En plus d'avoir planifié la campagne de sensibilisation à la violence faite aux femmes, la Direction a mis en place des mesures visant à renforcer la concertation des partenaires des secteurs sociaux, judiciaires et communautaires sur les plans local, régional et national. Ce faisant, la Direction a notamment contribué à établir des mécanismes propres à assurer une meilleure coordination de services.

Enfin, pour donner suite au rapport sur les agressions sexuelles, rendu public en 1995, la Direction a mandaté un groupe de travail chargé d'élaborer les orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles, lesquelles visent à réduire l'incidence et les conséquences de ce problème. Le rapport est prévu pour l'hiver 1998.

### **Les politiques publiques**

Les inégalités socio-économiques sont à la base d'écarts substantiels de santé et de bien-être qui prévalent encore dans la population. Dans ce contexte, la problématique de la sécurité du revenu constitue un enjeu de taille étant donné les effets souvent dévastateurs de la situation de vie des béné-

ficiaires sur leur état de santé et leur bien-être. Au cours de la dernière année, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être a donc effectué une analyse approfondie du débat sur le projet de réforme de la sécurité du revenu, laquelle vise à mieux appuyer les actions intersectorielles du Ministère et à mieux soutenir le réseau, notamment pour ce qui est de la santé publique, dans le cadre de ses interventions destinées à appuyer la mise en place de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être, et à améliorer les conditions de vie des populations plus vulnérables. Le rapport sera disponible en 1997.

De concert avec le Secrétariat à la famille et les autres partenaires gouvernementaux, la Direction a continué de coordonner la mise en œuvre des mesures du troisième plan d'action en matière de politique familiale, lesquelles portent notamment sur les problématiques suivantes : le tabagisme chez les enfants, le sida et les MTS chez les jeunes, les troubles de comportement chez les enfants, la violence conjugale en milieu autochtone, la protection des victimes d'agressions sexuelles, la conciliation du travail et de la famille, et l'adaptation des pratiques sociales des intervenantes et intervenants qui travaillent auprès des familles immigrantes.

En outre, la Direction a contribué à la révision de la *Politique de santé mentale* afin d'intégrer davantage les perspectives de promotion et de prévention. Cette contribution a permis de mieux introduire les préoccupations qui se rapportent aux femmes ainsi qu'aux enfants et aux adolescents et adolescentes.

### **La concertation et le développement international**

En 1996-1997, le Ministère a établi différentes collaborations et concertations avec ses partenaires qui travaillent en promotion de la santé, tant sur la scène provinciale que fédérale, afin de mieux situer la promotion de la santé, particulièrement dans le contexte de la transformation du réseau et des enjeux actuels reliés au maintien des programmes de promotion et de prévention.

Sur le plan international, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être a contribué largement à la planification et à l'organisation de la 4<sup>ème</sup> rencontre internationale en promotion de la santé prévue en 1997 sous la responsabilité du REFIPS, financé principalement par le Québec.

### **4.3 La prévention et l'éducation sociosanitaire**

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.

En ce qui a trait à la lutte contre le tabagisme, l'engagement ministériel s'est poursuivi en 1996-1997, alimenté par un investissement financier de 3 400 000 \$. Une part importante de ce budget, soit 2 350 000 \$, a été transférée aux régies régionales de la santé et des services sociaux afin de soutenir l'engagement des directions de la santé publique dans ce dossier. Au cours de l'année, le Ministère a d'ailleurs veillé à renforcer la coordination des interventions dans ce secteur.

En janvier 1997, la Semaine québécoise sans fumer, qui s'est déroulée sous le thème «Bonjour l'air», a permis de poursuivre la promotion des aires sans fumée amorcée pendant l'édition 1996. Quelques projets médiatiques ont par ailleurs rejoint les jeunes non-fumeuses et non-fumeurs pour les encourager à poursuivre dans cette voie.

Sur le plan législatif, tout en améliorant le soutien à l'application et au respect de la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics, le Ministère a préparé un projet de loi dont les composantes visent plusieurs aspects de la problématique sociale associée au tabagisme.

En 1996-1997, la Direction de la prévention et de l'éducation sociosanitaire 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 également publié le cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein et a procédé à l'élaboration 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 1 700 000 \$ a été alloué pour diverses activités reliées à cette implantation, notamment pour la mise en place régionale de ce programme.

En matière de prévention du suicide, la Direction a mis sur pied, en mars 1996, un groupe de travail ayant pour mandat de proposer des orientations, des stratégies et des actions prioritaires pour le réseau de la santé et des services sociaux et les autres partenaires en cause. Formé de partenaires et de spécialistes provenant de différents milieux tant communautaires qu'institutionnels, le groupe de travail a déposé en janvier 1997 une proposition de stratégie québécoise d'actions devant le suicide.

Le 10 février 1997, le Ministère procédait au lancement d'un document de consultation intitulé *S'entraider pour la vie*. Les résultats de cette consultation devraient être connus en 1997, et la diffusion des orientations prendre place à l'automne 1997.

Par ailleurs, le Ministère a collaboré, à l'automne 1996, à la tenue de la Semaine de prévention de la toxicomanie ciblant plus particulièrement les jeunes et leurs parents. Cette initiative a été associée à un autre moyen de sensibilisation au phénomène des drogues, soit la tenue de l'exposition «DROGUES» qui devrait couvrir toutes les régions du Québec d'ici 1999.

Grâce à son programme de subventions, le Ministère maintient sa contribution au développement 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 les clientèles à risque, 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 décidé de dresser un bilan évaluatif des résultats engendrés par ses interventions de promotion et de prévention depuis 1990. À cette fin, il finance un projet de recherche qui a débuté en septembre 1996 et dont le rapport final est attendu pour l'automne 1997.

Au cours de la dernière année, le Ministère s'est vu confier la responsabilité de la coordination interministérielle de la lutte contre la drogue (incluant la toxicomanie) avec, comme mandat, de voir à réorganiser la concertation et la coordination intersectorielles et interministérielles en la matière. Ainsi, un comité ministériel a été mis sur pied et doit voir à l'adoption d'un cadre de fonctionnement, au relevé des dossiers prioritaires et à l'articulation des interventions nécessitant des collaborations entre les ministères.

Compte tenu de la masse de connaissances disponibles résultant de différents rapports de recherche et d'évaluation, le Ministère a entrepris des travaux visant 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 devrait soumettre ses propositions en décembre 1997.

#### **4.4 La protection de la santé publique**

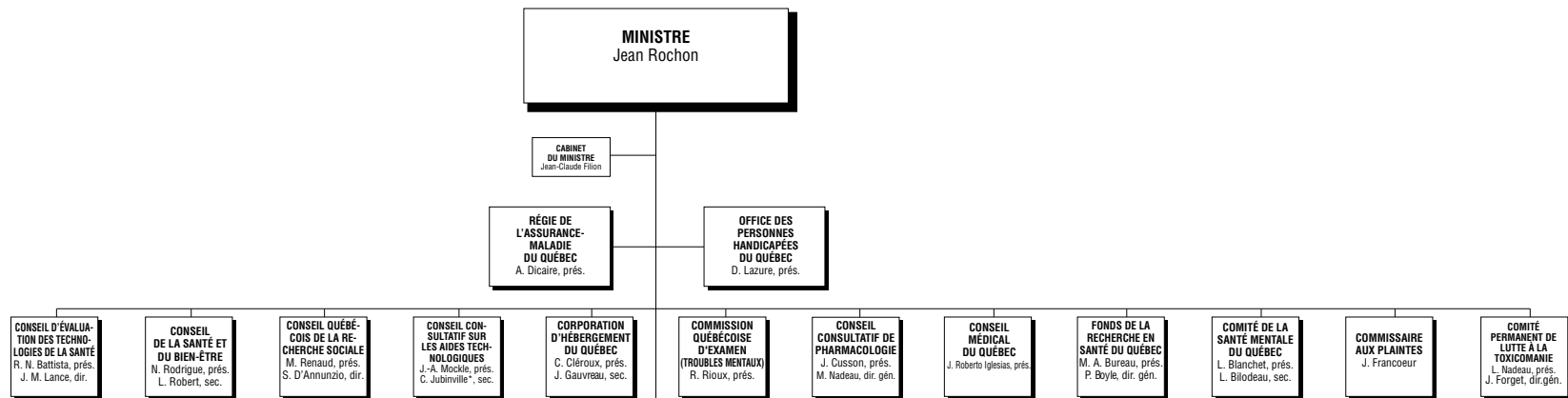
Sur le plan de la protection de la santé publique, le Ministère a pour mandat de gérer les activités de santé publique reliées notamment aux agents infectieux, chimiques ou physiques susceptibles de constituer des risques pour la santé des travailleuses et des travailleurs ou de la population.

Relativement au programme de santé au travail, le Ministère a collaboré activement en 1996-1997 à la poursuite des travaux du comité permanent MSSS-CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail) en matière de services de santé au travail. Plusieurs sous-comités émanant de celui-ci ont mené à bien leurs propres travaux, dont la mise en application d'un cadre d'intervention en ergonomie qui vise à harmoniser les interventions destinées à prévenir les lésions attribuables au travail répétitif (LATR), l'instauration d'une structure conjointe de gestion des systèmes d'information en santé au travail, la diffusion des réalisations en santé au travail, et la révision du programme «Pour une maternité sans danger» par la création notamment d'un groupe de référence travail-grossesse.

S'appuyant sur les priorités nationales établies en 1995, le comité MSSS-CSST a également approuvé en cours d'année des programmes d'intervention dans les secteurs du décapage au jet de sable (silice) et de la fabrication d'objets en polyester stratifié (styrène). De plus, le Ministère a mis sur pied avec ses différents partenaires un processus de priorisation triennal lui permettant de mieux conseiller la CSST en matière de santé et de sécurité au travail.

L'année aura été marquée par la volonté ferme des différents partenaires du réseau de la santé, de la CSST, des associations sectorielles paritaires en santé et sécurité du travail et de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST), de travailler en partenariat et en complémentarité de services. Dans cette optique, le premier colloque en santé et sécurité du travail organisé sur l'initiative du comité permanent MSSS-CSST s'est tenu le 31 octobre 1996 sous le thème «Faire équipe en santé et sécurité au travail : mission possible». Plus de 250 personnes — praticiennes et praticiens, gestionnaires du domaine de la santé et de la sécurité du travail — provenant des organismes susmentionnés ont participé à ces assises.

En ce qui concerne la protection des renseignements nominatifs, le Ministère a publié à l'automne 1996 le document intitulé *Protection des renseignements nominatifs — Guide à l'intention des directions de la santé publique des régions régionales de la santé et des services sociaux*, réalisé en partenariat avec les directions régionales de la santé publique et avec la collaboration de la Commission d'accès à l'information, de la Direction des affaires juridiques du Ministère et du responsable ministériel de l'accès à l'information et de la protection des renseignements nominatifs. Après avoir présenté les nombreuses dispositions législatives qui s'appliquent à l'utilisation des renseignements nominatifs dans les directions de la santé publique, le document dégage



SOUS-MINISTRE  
Pierre-André Paré

AFFAIRES  
JURIDIQUES  
C. Laforest

SECRÉTARIAT  
DU MINISTÈRE  
R. Ruest

SECRÉTARIAT  
ADMINISTRATIF  
J. Doyon

CONDITION  
FÉMININE  
C. Fortin

AFFAIRES EXTRA-  
MINISTÉRIELLES ET  
VÉRIFICATION  
P.-P. Veilleux

RELATIONS  
INTERGOUVERNEMENTALES  
J.-R. Pélissier

ENQUÊTES ET  
VÉRIFICATION  
L. Bourque \*

VÉRIFICATION  
INTERNE  
P.-P. Veilleux \*

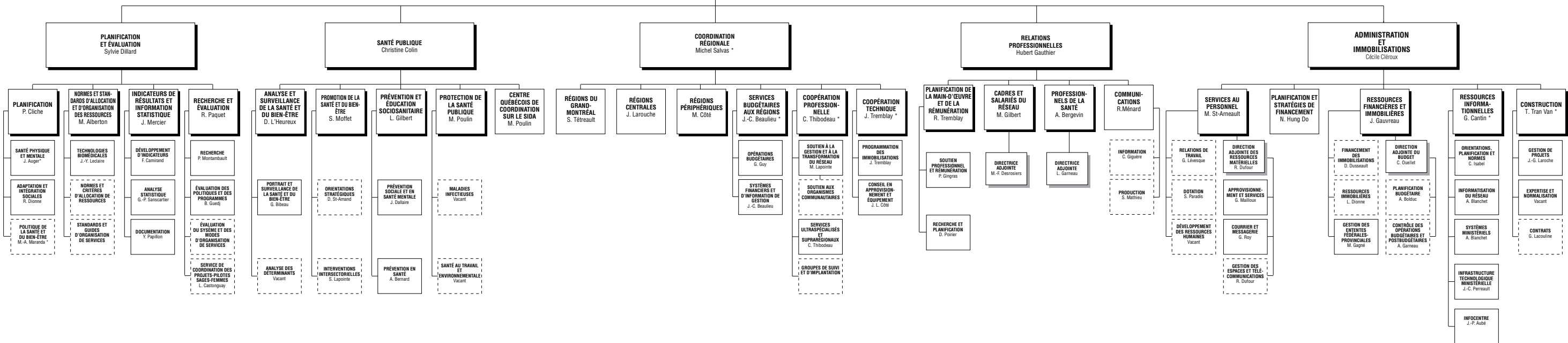
ACCÈS AUX SERVICES  
AUX COMMUNAUTÉS  
CULTURELLES ET AUX  
SERVICES EN LANGUE  
ANGLAISE  
P. Planteau

COORDINATION  
AMÉRINDIENS  
ET INUIT

COOPÉRATION  
INTERNATIONALE  
L. Gravel

PLAN COMPTABLE  
ET RÉGULATION  
DE COMPTES  
L. Bourque

SECRÉTARIAT À  
L'ADOPTION  
INTERNATIONALE  
P. O. Valois



\* INTÉRIM

les conséquences pratiques qui en découlent pour chacune des étapes d'utilisation de ces renseignements, de l'obtention jusqu'à la destruction.

Dans le domaine des maladies infectieuses, le Ministère a mené en 1995-1996 une campagne nationale de revaccination contre la rougeole qui visait deux objectifs complémentaires, soit la prévention de l'épidémie de rougeole appréhendée au printemps 1996 et l'élimination de la rougeole d'ici l'an 2002. Cette campagne de revaccination visait spécialement les enfants et les jeunes de 19 mois à 17 ans, le but de l'opération étant d'administrer une deuxième dose de vaccin à 85 % au moins de ceux d'entre eux qui étaient le plus exposés. La revaccination ayant pris fin dans les écoles pour 89,3 % des jeunes du primaire et du secondaire, il est permis de penser que cette campagne a contribué à enrayer l'épidémie appréhendée. La revaccination se poursuit toutefois pour les enfants de 19 mois à 5 ans qui constituaient le deuxième groupe visé par les objectifs d'élimination de la rougeole.

Par ailleurs, conjointement avec les directions de santé publique et de Santé Canada, la Direction de la protection de la santé publique a collaboré l'année dernière à la conception d'un guide d'intervention en matière d'urgences infectieuses qui sera édité à l'automne 1997 sous le titre *Plan québécois des urgences infectieuses — Maladies à surveillance extrême*. Ce guide est destiné à tous ceux et celles qui dispensent des services à une personne ayant contracté une de ces maladies extrêmement contagieuses nécessitant une surveillance étroite et des mesures de protection particulières de santé publique.

En février 1997, le Ministère a instauré un programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose. Analogue à celui qui existe depuis quelques années pour les MTS, ce programme est administré par la RAMQ. Cette mesure exceptionnelle de santé publique se justifie par le fait que la fidélité au traitement — qui exige d'absorber trois ou quatre médicaments simultanément durant une période de six à douze mois — est particulièrement critique. Son interruption avant le terme prescrit peut empêcher la guérison et favoriser l'émergence de souches résistantes à un ou à plusieurs des médicaments usuels. Au Québec, la tuberculose est une maladie à traitement obligatoire en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique.

Par ailleurs, en 1995-1996, dans le cadre du programme d'indemnisation des victimes d'immunisation, 132 dossiers ont été ouverts en cours d'année et traités depuis l'entrée en vigueur en octobre 1987 de la Loi sur la protection de la santé publique. De ces dossiers, 35 sont actifs à ce jour.

Pour ce qui est des risques pour la santé reliés aux polluants générés en milieu agricole tels les engrais chimiques et les déjections animales, le Ministère continue de collaborer avec le ministère de l'Environnement et de la Faune (MEF) et ses autres partenaires à l'élaboration d'une réglementation destinée à assurer la protection de la santé publique tout en permettant le développement durable de l'agriculture. À cet égard, un rapport résumant les risques pour la santé publique en lien avec le développement non suffisamment contrôlé de l'industrie porcine a été produit en octobre 1996.

En ce qui concerne les risques pour la santé publique associés à l'utilisation des pesticides, une étude a été complétée à la demande du Ministère en vue de déterminer l'exposition de la population et de préciser les problèmes de santé qui peuvent en résulter. Le document publié à cette fin — qui porte notamment sur les conséquences de l'utilisation des pesticides en milieu résidentiel — conclut que, de façon générale, l'exposition aux pesticides en milieu résidentiel demeure faible ; on recommande toutefois des mesures de réduction quant à leur usage ainsi qu'une réglementation plus adéquate. Cette étude représente une contribution importante puisqu'elle est à l'origine d'un *Code de gestion des pesticides*. Conjointement avec le MEF, le Ministère a également publié une nouvelle brochure d'information destinée à réduire les risques dus aux pesticides intitulée *Pesticides et agriculture*.

Sur un autre plan, compte tenu de l'augmentation significative des cancers de la peau au Québec au cours des récentes décennies, le groupe de travail mis sur pied par le Ministère poursuit ses travaux visant à déterminer les mesures les plus appropriées de protection de la santé publique face aux rayons ultraviolets, naturels et artificiels. Ainsi, au cours de la dernière année, il a réalisé une étude sur la fréquentation des salons de bronzage au Québec, laquelle révèle un taux élevé de fréquentation par les jeunes femmes.

En matière de prévention des allergies, des études réalisées dans la région de Montréal ont mis en évidence les conséquences économiques et sanitaires importantes de l'exposition au pollen de l'herbe à poux. Enfin, en concertation avec les municipalités et d'autres partenaires, un plan d'action a été mis en place dans plusieurs directions régionales de santé publique en vue de réduire l'incidence des problèmes de santé reliés à l'ambrosia.

Le Ministère continue de participer au programme fédéral-provincial «Saint-Laurent Vision 2000» dont l'un des volets est de cerner les effets de la contamination du fleuve sur la santé publique, et de mettre en œuvre des mesures de protection de la santé des populations riveraines. En juillet 1996, les

premières analyses des données recueillies au cours de l'*Enquête sur les usages et représentations du Saint-Laurent* ont été rendues publiques. Cette enquête documentait les liens entre les populations riveraines et le fleuve pour ce qui est de la qualité de l'eau potable, des usages récréatifs, de la consommation du poisson et des risques reliés à sa contamination par des substances toxiques.

Par ailleurs, en juin 1996 le Ministère a mis sur pied le Comité québécois sur l'approvisionnement, la gestion et la distribution du sang, chargé de proposer un mécanisme d'approvisionnement, de gestion et de distribution du sang et de ses dérivés et substituts qui soit accessible, de grande qualité et sécuritaire pour l'ensemble de la population du Québec. Le 27 novembre 1996, le Comité rendait public son rapport sur le système du sang au Québec, lequel propose d'assurer la qualité et la sécurité du système du sang en l'intégrant au réseau québécois de la santé et des services sociaux à l'instar de tous les autres services et produits de santé.

Entre autres éléments, le rapport contient 40 propositions qui portent sur la gestion administrative, clinique et financière des activités transfusionnelles au Québec par les centres hospitaliers. Ces propositions, qui concernent également la surveillance des risques liés à la transfusion sanguine et à l'approvisionnement en produits sanguins et leurs dérivés, ne sont pas étrangères à la mise en place éventuelle d'un système intégré et informatisé de surveillance des risques — le système d'hémovigilance — qui tient compte du signalement des réactions transfusionnelles adverses, de la surveillance des personnes qui reçoivent du sang et de celles qui en donnent.

En vertu de son mandat, la Direction générale de la santé publique est responsable du système d'hémovigilance. Depuis janvier 1997, des étapes essentielles à la mise en œuvre du rapport ont donc été entreprises, à savoir :

- la nomination par le ministre de centres hospitaliers désignés, préalablement déterminés par les régies régionales ;
- la création d'un comité d'hémovigilance ;
- la désignation d'une corporation d'achat en commun pour l'approvisionnement en produits sanguins et leurs dérivés et substituts pour l'ensemble du Québec ;
- le développement d'un système intégré d'information sur la gestion administrative, clinique et financière des activités transfusionnelles, et sur la surveillance et l'évaluation des risques liés à l'utilisation thérapeutique des produits sanguins.

## **4.5 Le Centre québécois de coordination sur le sida**

Le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) a pour mission de coordonner les plans d'action mis de l'avant pour lutter contre le sida et prévenir les MTS. Il veille à la fois à ce que les orientations prévues dans ces plans d'action s'inscrivent en continuité avec la *Politique de la santé et du bien-être* et se traduisent par des activités ou des programmes structurés et efficaces.

Trois grands objectifs guident les actions du CQCS : prévenir les MTS et l'infection par le VIH ; accroître la qualité des soins et des services offerts aux personnes vivant avec le VIH ou le sida ; promouvoir la non-discrimination et la compassion envers les personnes vivant avec le VIH ou le sida.

Au cours de l'année 1996-1997, le CQCS a complété la phase III du plan d'action, et ce, de concert avec ses partenaires provinciaux et régionaux. Il a également dressé le bilan de cette phase à la lumière des résultats de la consultation provinciale qui s'est effectuée en 1995-1996 en collaboration avec les régies régionales et les associations à caractère provincial.

De plus, l'année 1996-1997 aura permis de jeter les bases de la phase IV prévue pour les années 1997-2002 et d'en énoncer les grandes orientations. Cette nouvelle stratégie, dont la mise en œuvre s'actualisera au cours de l'année 1997, vise particulièrement à consolider et à optimiser les mesures qui ont affiché des résultats positifs en matière de prévention, de formation, de surveillance, de soins et services, de recherche et évaluation, ainsi qu'à adapter les pratiques en fonction de l'évolution de l'épidémie et des besoins qui en découlent. Dans le contexte actuel de la décentralisation, les régies régionales seront maître-d'œuvre de l'implantation de cette stratégie sur leur territoire, et ce, dans le respect des orientations ministérielles.

Par ailleurs, sur le plan provincial, le Ministère lançait officiellement au printemps 1997 son programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. Élaboré conjointement avec les régies régionales, ce programme a pour objectif ultime de réduire la transmission néonatale du VIH par l'administration d'un traitement à la zidovudine (AZT) à la mère infectée durant la grossesse, et au nouveau-né durant les premières semaines de sa vie. Pour ce faire, le CQCS a assuré la production et la diffusion de matériel destiné à informer toutes les femmes enceintes (principalement par l'entremise des médecins) des risques de transmission du VIH, du traitement à l'AZT et de la possibilité de passer un test de dépistage du VIH. Le Centre a produit, en outre, des fiches de formation destinées à soutenir les médecins dans leur intervention auprès des femmes.

Sur le plan provincial, un comité avisier a été mis sur pied afin de faciliter la planification du programme de contrôle sur les MTS. Les travaux du comité portent sur la surveillance des MTS, 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. Le groupe a aussi amorcé une recherche bibliographique exploratoire afin de fournir un cadre aux orientations stratégiques en matière de lutte contre les MTS.

Pour ce qui est de la prévention, le CQCS a continué à soutenir activement les régions afin de favoriser la mise en place de projets d'intervention sur le terrain susceptibles de promouvoir l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires. Grâce à un budget de l'ordre de 2 700 000 \$, consenti à cet effet par le Ministère, plusieurs projets ont été réalisés au Québec auprès notamment des clientèles prioritaires, tels les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisatrices et les utilisateurs de drogue par injection, les jeunes et les femmes en difficulté. Parmi ces démarches liées à la prévention, mentionnons — de concert avec la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida) — la poursuite du projet provincial d'intervention dans les parcs auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. La Direction de l'évaluation du Ministère collabore au processus d'évaluation du projet.

Par ailleurs, afin de favoriser le non-partage de seringues chez les utilisatrices et utilisateurs de drogue par injection, le Ministère a poursuivi l'implantation des centres d'accès à des seringues à travers le Québec ; plus de 367 sites de cette nature disséminés dans quinze régions étaient en opération à la fin de l'année 1996. Ce programme est en cours d'évaluation avec le soutien de la Direction de l'évaluation du Ministère.

En ce qui concerne les jeunes en milieu scolaire, le Ministère a poursuivi également son action conjointe avec le ministère de l'Éducation. Cette collaboration a permis plusieurs réalisations, dont la publication d'un volet santé et sexualité à l'intérieur des quatre publications annuelles du *Magazine Jeunesse*, le soutien au concours de la Fondation Jean-Boudreau «Message — mais sage — d'amour», la diffusion de la brochure *Sexualité, MTS et sida parlons-en* et la réalisation d'une enquête sur l'accessibilité au condom en milieu scolaire.

Sur le plan des communications, le CQCS a produit du matériel d'information et de sensibilisation en plus d'appuyer la réalisation de projets de prévention misant sur l'utilisation des moyens de communication.

En matière de soins et de services, le Ministère a continué de soutenir les organismes communautaires afin, notamment, de favoriser le maintien des personnes vivant avec le VIH-sida dans leur milieu de vie naturel. Il a aussi maintenu son engagement de l'année précédente en augmentant son soutien financier aux organismes communautaires et en haussant de façon substantielle le seuil minimal de subvention pour les ressources d'hébergement sida. Ainsi, des subventions de l'ordre de 3 540 000 \$ ont été accordées en 1996-1997 aux groupes communautaires, incluant les ressources d'hébergement.

Sur le chapitre des services de maintien à domicile, le programme de soins intensifs de maintien à domicile (SIMAD-SIDA) a permis en 1996-1997 de desservir plus de 600 personnes vivant avec le VIH-sida. Un budget de 950 000 \$ a été octroyé à ce programme.

Enfin, de concert avec les régies régionales, le Ministère a maintenu son soutien aux Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) et aux hôpitaux satellites. Les budgets octroyés totalisent annuellement 1 900 000 \$ pour les UHRESS, et 455 000 \$ pour les hôpitaux satellites. Le Ministère a par ailleurs amorcé une démarche avec les responsables des UHRESS de façon à consolider, dans le cadre de la phase IV, leur mission suprarégionale et de favoriser le déploiement de leurs ressources dans toutes les régions du Québec.

## 5. La coordination régionale

La Direction générale de la coordination régionale a pour mandat :

- d'assurer la mise en œuvre, par les régies régionales, des orientations ministérielles et d'en coordonner le suivi de gestion ;
- de réaliser, en concertation avec les directions générales en cause, le processus du cycle budgétaire gouvernemental relié 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 soutenir la gestion et la transformation du réseau, tant pour les services de santé et les services sociaux que pour les organismes communautaires, en assurant une action concertée du Ministère et des régies régionales et en effectuant des suivis convenus dans plusieurs secteurs d'activité à portée provinciale ;
- de définir et d'établir les priorités et les objectifs d'allocation et de répartition des services ultraspécialisés et suprarégionaux ;
- de coordonner l'implantation du réseau universitaire ;
- 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 ;
- de procéder, en collaboration avec les régies régionales, à l'émission 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.

La Direction générale de la coordination régionale agit à titre d'interlocutrice principale auprès des régies régionales de la santé et des services sociaux, du Conseil cri de la santé et des services

sociaux de la Baie James et des organismes communautaires à rayonnement provincial, à l'occasion des interventions du Ministère dans le réseau sociosanitaire et en milieu amérindien et inuit.

Pour remplir ses fonctions, la Direction offre aux régions des services budgétaires, professionnels et techniques, dans un contexte de régionalisation, de transformation du réseau et de déréglementation.

### 5.1 Le soutien à la gestion et à la transformation du réseau

Dans le but de favoriser un partenariat soutenu entre le Ministère et les régies régionales, notamment quant à la régionalisation et à la transformation du réseau, la Direction générale de la coordination régionale assure l'organisation des travaux placés sous la responsabilité des personnes qui siègent à la table du ministre réunissant les présidentes et les présidents des régies régionales. La Direction assure également l'organisation des travaux du comité de concertation Ministère-Régies, sous la présidence du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les rencontres qui se sont déroulées en 1996-1997, et auxquelles se sont ajoutées les tournées du ministre dans les régions, ont permis de faire le point sur les dossiers d'intérêt commun et plus particulièrement sur les enjeux de la transformation du réseau.

Cette transformation comporte un ensemble de mesures concrètes qui, définies dans chacun des plans préparés par les régies régionales et leurs partenaires du milieu, visent les objectifs suivants :

- assurer une réponse adéquate aux besoins changeants de la population, en misant notamment sur les perspectives d'avenir offertes par les nouvelles pratiques et les technologies médicales, biomédicales et dans le domaine des communications ;
- réorganiser le système en fonction de services davantage intégrés, continus et complémentaires, en décentralisant aux niveaux régional et local les responsabilités et les moyens à l'égard de la population d'un territoire donné ;
- assurer l'atteinte des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* en mettant l'accent sur la prévention et la promotion de la santé.

Déposés en 1995-1996, les plans de transformation du réseau issus des processus formels et rigoureux instaurés par les régies régionales ont fait l'objet



d'un suivi minutieux tant par les régies que par le Ministère au cours de l'année 1996-1997. Un cadre d'analyse a été conçu à cette fin et les données obtenues se sont avérées utiles à l'organisation des tournées ministérielles, de même qu'à la préparation de la Commission parlementaire sur les crédits; elles serviront également de repères pour les travaux d'évaluation du Ministère.

Le document intitulé *Portrait de la transformation du système de santé et de services sociaux*, produit à mi-parcours de la transformation, indique que les actions et mécanismes mis en place sur les plans national, régional et local produisent les effets attendus, 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 centrée sur les besoins de la personne et qui favorise autant la continuité que la complémentarité de ces services.

Par ailleurs, au cours de l'année qui vient de s'écouler, la Direction générale de la coordination régionale a été très active à l'occasion des fusions, des intégrations et des rapprochements entre établissements. La Direction a également soutenu les démarches subséquentes liées aux élections des conseils d'administration.

Avec ses 442 établissements publics et 370 conseils d'administration au 17 avril 1997 (comparativement à 663 et 474 au début de sa transformation), le réseau de la santé et des services sociaux est résolument engagé vers une organisation des services axée sur une plus grande complémentarité et coordination des ressources.

## **5.2 Le soutien à l'organisation des services en milieu autochtone**

En 1996-1997, l'unité de coordination en milieu autochtone a poursuivi son travail de sensibilisation, d'information et de collaboration avec les autres directions générales du Ministère. De concert avec la Direction générale de la coordination régionale, les régies régionales ont investi leurs efforts dans l'organisation des services de santé et des services sociaux destinés aux communautés amérindiennes sur leur territoire. Les Régies régionales de la Montérégie, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, et de l'Abitibi-Témiscamingue se sont, en outre, attelées à la tâche pour conclure des ententes bipartites portant sur les responsabilités respectives de chacun des organismes en cause en matière de services sociaux. Ces ententes lient le Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et la communauté autochtone visée.

Aussi, comme à chaque année, le Ministère a renouvelé les ententes tripartites liant certains CPEJ, le ministère fédéral des Affaires indiennes et du Nord et certains conseils de bande, ententes par lesquelles les CPEJ s'engagent à offrir l'ensemble des services sociaux.

En collaboration avec la Régie régionale de la Côte-Nord et du Centre de santé l'Hématite, le Ministère a également poursuivi les négociations avec les Naskapis visant le rajeunissement du chapitre X de la Convention du Nord-Est québécois, qui porte sur l'organisation des services de santé et des services sociaux. Notons aussi qu'au cours de l'année, le décret 96-1565 est venu confirmer le protocole d'entente sur les négociations à venir quant à la prise en charge des services sociaux par le Conseil de bande de Listuguj.

Sur un autre plan, le groupe de travail sur la protection de la jeunesse et les jeunes contrevenants a poursuivi ses échanges avec le milieu autochtone et son rapport final doit être prochainement déposé par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador.

Par ailleurs, dans le cadre des négociations globales sur l'autonomie gouvernementale et les revendications territoriales des Attikameks, le Ministère a participé aux négociations sur les services de santé et les services sociaux. Une entente de principes est intervenue sur les services sociaux, alors que les discussions se poursuivent sur les services de santé.

Enfin, soulignons que l'unité de coordination en milieu autochtone assume la représentation du Ministère auprès des autres ministères et organismes gouvernementaux, notamment le Secrétariat aux affaires autochtones.

## **5.3 Les organismes communautaires**

Dans ce domaine, la régionalisation du programme de soutien aux organismes communautaires est maintenant achevée et ce sont les régies régionales qui assument l'entière responsabilité de l'attribution des subventions aux organismes communautaires à rayonnement local ou régional. Le Ministère a conservé toutefois la responsabilité des organismes à rayonnement national, des organismes qui exercent des activités répondant à des besoins nouveaux, des regroupements nationaux d'organismes communautaires, de même que des organismes communautaires de la région sociosanitaire Terres-Cries-de-la-Baie-James.

En 1996-1997, les dix-sept régies régionales ont accordé des subventions pour un montant total de 145 430 831 \$ à plus de 2 300 organismes commu-

nautaires. Si l'on fait abstraction d'un montant de 23 719 194 \$ — qui consiste en des virements de crédits en santé mentale et qui ne représente pas des crédits additionnels — la somme totale des subventions en 1996-1997 aura augmenté de 18 523 261 \$, soit 18 % de plus que l'exercice précédent. Les plans de transformation du réseau de la santé et des services sociaux se sont donc avérés très positifs pour l'ensemble des organismes communautaires. De son côté, le Ministère a accordé des subventions totalisant 4 103 316 \$, à environ une centaine d'organismes, soit 97 997 \$ de plus que l'année précédente.

Par ailleurs, au cours de l'exercice 1996-1997, le Ministère a poursuivi et réalisé plusieurs travaux dans le cadre de la promotion, de la reconnaissance et de l'harmonisation du programme de soutien aux organismes communautaires :

- 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 dans l'attribution des subventions et dans la mise en place d'une politique gouvernementale de reconnaissance et de financement des organismes communautaires;
- réalisation des engagements découlant du dépôt de la *Politique d'intervention en violence conjugale*;
- mise en place d'un groupe de travail chargé de produire des orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles;
- poursuite des travaux du comité consultatif ministériel de liaison avec les organismes communautaires et bénévoles. Un rapport d'étape a été déposé en septembre 1996 et le rapport final est attendu en juin 1997. Le mandat général de ce comité est de favoriser la consolidation et le développement des organismes communautaires dans le domaine de la santé et des services sociaux.

#### 5.4 Le réseau universitaire

En 1996-1997, plusieurs réalisations ont marqué l'évolution du réseau universitaire :

- le 19 avril 1996, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke devient un institut désigné;
- en mai 1996, le premier appel de candidatures pour les CLSC à titre de centres affiliés universitaires (CAU) démarre par la diffusion d'un document explicatif quant à la démarche à suivre pour être désigné comme tel;

- en juillet 1996, le ministre reçoit un avis sur la configuration du réseau québécois d'instituts universitaires à vocation sociale;
- le 30 août 1996, les Centres Jeunesse de Montréal sont désignés à titre d'institut universitaire dans le secteur social;
- le 3 septembre 1996, c'est au tour de l'Hôpital Laval d'être désigné comme institut dans les domaines de la pneumologie et de la cardiologie;
- le 13 septembre 1996, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) est, quant à lui, désigné comme centre hospitalier universitaire;
- en septembre 1996, on crée le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) en fusionnant l'Hôpital Notre-Dame, l'Hôpital Saint-Luc et l'Hôtel-Dieu de Montréal;
- le 22 novembre 1996, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus est désigné comme CAU, et devient par la suite le Centre Hospitalier Affilié Universitaire de Québec;
- le 14 février 1997, le dépôt au Ministère des candidatures des CLSC au titre de CAU permet la mise en place du comité aviseur sur le développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur social.

À cela s'ajoutent la poursuite des travaux de planification du futur CHU-McGill et l'intensification des discussions en rapport avec la démarche de regroupement légal des établissements intéressés. Enfin, les travaux et les discussions se sont poursuivis au sujet des plans de pratique dans les établissements universitaires; les personnes intéressées ont été rencontrées et elles s'activent à conclure ce dossier.

#### 5.5 Les services professionnels

Au cours de l'année 1996-1997, la Direction de la coordination régionale a poursuivi ses travaux destinés à établir la liste des services ultraspécialisés qui, en raison de leur nature, d'un bassin restreint de clientèle ou de critères très précis liés à leur organisation, ne peuvent être disponibles dans toutes les régions.

La démarche vise à bien cerner ces services, leurs coûts ainsi que les paramètres de leur gestion dans le but d'offrir un accès équitable aux clientèles qui en ont besoin, et ce, principalement dans les trois régions dites universitaires, soit Québec, Montréal et Sherbrooke.

La Direction a déjà dressé une première liste de ces services et établi les paramètres de gestion dont elle a établi les coûts pour plusieurs d'entre eux. Au cours de la prochaine année, des travaux se poursuivent.

vront en collaboration avec les partenaires du réseau pour fixer le montant de l'enveloppe budgétaire allouée à ces services.

En ce qui a trait aux mesures d'urgence, la Direction a exercé son rôle de soutien auprès des responsables régionaux ainsi qu'auprès des personnes désignées pour s'occuper du volet psychosocial de ces mesures. Par ailleurs, elle a consacré ses efforts dans l'organisation d'un centre de coordination des services à l'occasion du déluge survenu dans la région du Saguenay en juillet 1996, et dans la préparation d'un manuel de planification des mesures d'urgence à l'intention des établissements du réseau. Ce document sera complété l'an prochain en collaboration avec les partenaires des régions régionales.

Quant aux services préhospitaliers d'urgence, ils s'appuient sur plus de 550 ambulances qui effectuent annuellement quelque 440 000 transports ambulanciers nécessités par l'état de santé des Québécoises et des Québécois. L'organisation de ces services requiert un budget annuel de 193 500 000 \$.

Tous les efforts consentis dans ce secteur visent à réduire la mortalité et la morbidité dans la population. C'est dans cette perspective qu'au cours de l'année 1996-1997, les régions régionales ont poursuivi la mise en place des «premiers répondants» dans les structures municipales. De plus, en collaboration avec les régions régionales, la Direction a poursuivi la production de ses guides d'information en la matière — notamment celui sur les services que ces personnes sont susceptibles d'offrir — et des protocoles en matière d'interventions cliniques. Les travaux visant la révision de la tarification de base prendront forme au début de la prochaine année financière.

## **5.6 Les groupes de soutien et de suivi à des activités particulières**

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

L'équipe de soutien à l'accès aux services chirurgicaux a été mise sur pied en 1995 et s'est vu confier le mandat de voir à l'amélioration des délais d'attente en chirurgie et de soutenir les régions régionales ainsi que les établissements hospitaliers dans la gestion des blocs opératoires.

Au cours de l'exercice 1996-1997, cette équipe a poursuivi ses activités grâce notamment à la contribution de quelques centres hospitaliers et des associations de chirurgiens. L'équipe a également fourni son expertise aux régions régionales dans la gestion des blocs opératoires.

## **Les services de laboratoires**

Le 16 juin 1995, le Ministère publiait le *Plan d'action sur l'accessibilité et l'efficience des services de laboratoires*. L'objectif premier de cet exercice visait à résoudre, dans les meilleurs délais, le manque chronique d'accessibilité de la clientèle ambulatoire aux centres de prélèvements. Précisons qu'à cette fin, le Ministère, les régions régionales, les CLSC, la RAMQ ainsi que les ordres professionnels sont tous représentés au Comité directeur sur les laboratoires, appuyé par l'équipe ministérielle de soutien sur les laboratoires.

Les travaux effectués ont permis notamment de régler de manière efficace le problème de l'accessibilité; selon l'enquête de février 1997, plus de 92 % des centres de prélèvements offrent à leur clientèle un service à l'intérieur du délai maximal fixé, soit deux semaines.

*Le système québécois de mesure de la production des laboratoires* — déployé dans le réseau le 31 mars 1996 en remplacement du système désuet des unités techniques fédérales (UTF) — commence à produire des dividendes et les données recueillies sont présentement utilisées tant par les régions régionales que par le Ministère pour évaluer la production des laboratoires. Ces données constituent la pierre angulaire de la démarche en cours visant à fixer des objectifs de productivité réalistes pour chaque catégorie de laboratoire du Québec; elles sont également essentielles pour relever et corriger des profils inappropriés d'utilisation des services de laboratoires.

Au cours de l'exercice 1996-1997, un formulaire standardisé de prescription, ainsi que plusieurs guides et normes ont été distribués aux régions régionales pour appuyer leurs efforts en vue de réduire le coût des services de laboratoires, et ce, grâce notamment au regroupement régional ou suprarégional d'analyses spécialisées et ultraspecialisées.

Les travaux entrepris en 1996-1997 se poursuivront au cours de l'exercice 1997-1998 et approfondiront les points suivants:

- le développement d'indicateurs de performance quant à l'efficience technique et à l'utilisation appropriée des services de laboratoire;
- l'implantation dans le réseau de systèmes informatiques et de communications efficaces et compatibles;
- l'évaluation et l'implantation des outils de technologie avancée susceptibles d'améliorer davantage la productivité des laboratoires.

## **Le groupe tactique d'intervention (GTI)**

Au cours de l'année 1996-1997, le GTI a maintenu ses activités destinées à améliorer la réalité des salles d'urgence dans les hôpitaux du Québec. Le groupe s'est particulièrement intéressé aux principaux facteurs qui influencent la situation des salles d'urgence, soit les durées moyennes de séjour, l'organisation des services destinés aux personnes âgées et aux personnes qui présentent un problème de santé mentale et, enfin, les chirurgies d'un jour. L'organisation du virage ambulatoire et l'étude des DRG (Diagnostics Related Groups) ont également retenu son attention.

À plusieurs reprises, le GTI a été appelé à collaborer avec les régies régionales pour corriger certaines situations en salle d'urgence. Cette contribution s'est concrétisée par des visites dans des salles d'urgence, suivies de recommandations, ou encore par l'étude du plan de transformation des régies régionales touchant ce secteur particulier. Plusieurs rencontres ont aussi eu lieu avec des médecins des hôpitaux au cours desquelles la gestion des durées moyennes de séjour a été explorée comme moyen pour bonifier la situation des salles d'urgence.

Le GTI entend poursuivre ses activités sur chacun de ces plans tout en approfondissant ses travaux de réflexion sur les durées moyennes de séjour, sur les DRG et leur comparaison avec d'autres provinces et d'autres pays.

## **Les services de traumatologie**

Au cours de l'année 1996-1997, le Ministère a poursuivi ses démarches pour doter le Québec d'un système intégré de services de traumatologie.

On compte actuellement 92 établissements désignés pour offrir des services de traumatologie, dont 29 services de stabilisation médicale, 24 centres primaires, 35 centres secondaires et 4 centres tertiaires. Ces désignations font actuellement l'objet d'une révision à la lumière des plans de transformation du réseau et en vue d'améliorer la continuité, l'intégration et la qualité des services.

Les corridors de services interrégionaux ont été formalisés pendant l'année. Précisons que l'accès aux centres tertiaires pour les victimes les plus sévèrement atteintes ne rencontre pas d'obstacles et devra être maintenu dans le cadre de l'exercice de révision. Quant au registre informatisé des traumatismes — en opération depuis l'an dernier et en usage dans la majorité des centres désignés — il favorise l'obtention des données nécessaires à l'amélioration du système.

Par ailleurs, le groupe de travail chargé l'an dernier d'analyser la problématique particulière du traitement des blessés médullaires a terminé ses travaux

et ceux-ci se concrétiseront prochainement par la mise en place d'un continuum de services adaptés aux besoins précis de cette clientèle. À cet égard, des consortiums d'établissements seront prochainement désignés, dont l'un à Québec et l'autre à Montréal.

Enfin, les travaux sur ce chapitre étant relativement avancés, un premier arrimage de la phase hospitalière à celle de la réadaptation a été effectué. Un groupe de travail assurera une intégration plus étroite de ces phases au cours de la prochaine année.

## **5.7 Les services budgétaires**

La régionalisation des opérations budgétaires s'est poursuivie tout au long de l'exercice financier 1996-1997, au cours duquel le Ministère a donné un soutien constant aux régies régionales dans la prise en charge des activités de budgétisation des établissements et des organismes communautaires de santé et de services sociaux situés sur leur territoire. Cette orientation constitue une priorité du Ministère et plusieurs actions ont été réalisées à cette fin.

Ainsi, la préparation et le transfert des enveloppes régionales de crédits aux régies régionales ont permis à celles-ci d'affecter les sommes qui leur ont été allouées aux priorités de leur région. Des règles de transfert entre les programmes budgétaires ont également été conçues afin d'offrir aux régies régionales une plus grande souplesse dans la gestion des crédits qui leur sont accordés, tout en respectant les conditions gouvernementales de gestion de ces crédits. De même, l'établissement d'un cadre de gestion des analyses financières des établissements du réseau a permis de confirmer et de structurer la prise en charge de l'analyse des résultats financiers des établissements par les régies régionales.

Au cours de l'année 1996-1997, la transformation du réseau s'est intensifiée et des mesures ont dû être mises en place pour permettre une comptabilisation des coûts et une reddition des comptes adaptées à de nouvelles politiques budgétaires et de financement, et qui favorisent le suivi des effets financiers liés à la transformation du réseau. Le Ministère a également vu à l'implantation de nouveaux plans comptables et d'une nouvelle reddition de comptes dans les secteurs de la jeunesse, de la santé publique et des laboratoires. Ces modifications lui seront utiles, ainsi qu'aux régies régionales et aux établissements, pour connaître avec plus de précision les coûts reliés à chacun de ces secteurs et l'étendue de leurs activités; elles faciliteront aussi l'analyse des performances. Cette perspective a donc amené le Ministère et ses partenaires à travailler en cours d'année au développement d'outils susceptibles de favoriser l'atteinte des mêmes objectifs dans d'autres secteurs d'activités, en 1997-1998.

Le tout a été réalisé conformément à la volonté ministérielle de simplifier la comptabilisation et la reddition de comptes ainsi que le nombre de directives émises par le Ministère, et ce, dans l'optique d'une décentralisation et d'un élargissement de la marge de manœuvre des régies régionales et des établissements.

Les matières afférentes au plan comptable et à la reddition de comptes ont également fait l'objet de sessions de formation en 1996-1997. L'ensemble des régies régionales et plus de 200 personnes travaillant comme 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, quatre 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.

En marge de ces activités, le Ministère continue de voir à la production des budgets de fonctionnement des régies régionales, du Conseil cri, du Centre hospitalier Kateri Memorial ainsi qu'à la réalisation des engagements propres à l'avancement de plusieurs autres dossiers qui, par leur nature, doivent demeurer centralisés.

Au cours de 1996-1997, le système budgétaire et financier a contribué à l'impératif de gestion commandé par la transformation du réseau et les façons de faire qui en découlent, lesquelles suscitent de nouveaux besoins en matière d'information. Ainsi de nouvelles exploitations des banques de données du système budgétaire et financier ont permis de produire des indicateurs qui éclaireront davantage les autorités du Ministère et des régies régionales sur les résultats de la transformation du réseau et sur les conséquences des différentes mesures mises en place dans le cadre de cette opération.

Un module visant à permettre à ces mêmes responsables d'effectuer un suivi plus rigoureux des autorisations d'emprunts accordées aux établissements a également été conçu et implanté dans le cadre de ce système. Ce module offre l'avantage de systématiser la production des rapports périodiques et d'adapter la catégorisation des emprunts au nouveau contexte créé par la transformation du réseau.

Enfin, pour mieux soutenir les régies régionales dans la gestion des crédits et la budgétisation des établissements et organismes du réseau, le Ministère a imaginé et implanté d'autres modes de fonctionnement dont la régionalisation des opérations de fermeture de l'année financière, la mise en place d'outils

d'accès aux rapports financiers annuels des établissements et l'automatisation de la gestion des comptes à recevoir.

## **5.8 Les services techniques**

### **Les immobilisations et les équipements**

Dans le cadre du programme triennal d'investissements 1996-1997 — 1998-1999, le gouvernement a autorisé le Ministère à investir 1 505 650 000 \$ afin de réaliser des projets capitalisables d'immobilisation et de technologies de l'information, dans le réseau de la santé et des services sociaux. D'ici l'an 2000, il est prévu que ces investissements coûteront au gouvernement la somme de 1 161 629 000 \$, le reste (344 021 000 \$) étant assumé par différents partenaires. Comme pour les années précédentes, la grande majorité de ces investissements (1 011 629 000 \$) ont favorisé le parachèvement de projets déjà autorisés de même que le maintien des actifs dans les régions sociosanitaires du Québec.

Un budget de 150 000 000 \$ a donc été alloué aux nouvelles initiatives. Plus de 72 % de ces nouveaux investissements ont permis d'appuyer les lignes de force de l'action ministérielle. Ainsi, la transformation du réseau a bénéficié d'investissements totalisant 82 021 580 \$, permettant de réaliser treize projets centralisés et de répondre aux besoins régionaux les plus immédiats, tandis que 26 409 000 \$ contribueront à l'addition de nouvelles places dans sept centres d'hébergement et de soins de longue durée. De plus, un montant de 12 000 000 \$ a été alloué au développement de systèmes informatiques. Enfin, la somme de 29 569 420 \$ a été consacrée à plus de 25 projets d'immobilisation divers.

Conjointement avec les régies régionales, le Ministère a également effectué l'évaluation des besoins en mobilier et équipements généraux pour 26 projets nécessitant du développement et totalisant 10 500 000 \$.

Pour l'exercice budgétaire 1996-1997, ces investissements ont occasionné des dépenses totalisant 371 756 000 \$, les projets réalisés sous la gouverne des régies régionales ayant entraîné des dépenses de 195 245 000 \$ alors que les dépenses relatives aux projets centralisés se sont élevées à 176 511 000 \$.

### **La location d'espaces, l'approvisionnement et les services de soutien**

Dans la foulée des consultations menées auprès du réseau de la santé et des services sociaux, un

projet de règlement révisé est présentement à l'étude dans le domaine des locations d'espaces. Ce projet vise essentiellement à alléger la réglementation en vigueur et à décentraliser la prise de décision. Une expertise-conseil a également été fournie à l'ensemble des régies régionales concernant l'application de la réglementation et le règlement de dossiers particuliers.

En ce qui a trait au secteur de l'approvisionnement, les achats regroupés ont représenté en 1996-1997 plus de 39 % des achats globaux, soit une somme de 580 584 536 \$ sur un montant total de 1 484 745 638 \$. Les économies ainsi réalisées sont estimées à plus de 58 000 000 \$. À la suite de l'entrée en vigueur des amendements à l'Accord de libéralisation des marchés publics du Québec et de l'Ontario, un comité formé de personnes du réseau a évalué les effets de ces amendements sur la réglementation, la politique et les méthodes d'acquisition dans le domaine de l'approvisionnement. Les responsables du secteur ont aussi participé aux travaux d'un comité de concertation interministériel sur un projet de rénovation de la *Politique d'achat du Québec*; ce dossier a également fait l'objet d'une consultation de représentantes et de représentants du réseau. En outre, dans le cadre du règlement de dossiers complexes, le Ministère a fourni une expertise-conseil aux corporations et aux groupes d'approvisionnement en commun.

Pour ce qui est de la rationalisation des services de soutien dans les secteurs de l'alimentation, de la buanderie et de la lingerie, et de l'entretien sanitaire, les groupes de travail créés dans chacune des régions ont déposé les orientations retenues et ont entrepris la mise en place de solutions. L'étude menée par le Ministère sur le secteur de la sécurité a été déposée en cours d'année et un processus similaire a été entrepris par les régies régionales. Précisons également qu'une étude portant sur treize autres services administratifs et services de soutien a été enclenchée en fin d'année et qu'un rapport préliminaire sur le sujet sera déposé au cours des prochains mois. Les économies réalisées pour l'année 1995-1996 ont été de l'ordre de 18 000 000 \$ pour l'alimentation, de 13 000 000 \$ pour la buanderie-lingerie et de 11 000 000 \$ pour l'entretien sanitaire.

Enfin, dans le secteur des assurances, une modification à la Loi sur les services de santé et les services sociaux a été apportée pour permettre à la CHQ de garantir l'exécution de toute obligation à laquelle une association, reconnue par le ministre en vertu de l'article 267 de la loi, est tenue dans le cadre de la gestion d'une franchise afférente d'émettre un contrat d'assurance négocié et conclu à l'avantage de ses membres.

## **L'émission et le renouvellement des permis**

Dans ce secteur, la Direction générale de la coordination régionale s'est assurée de tenir à jour la liste des permis des établissements en procédant à leur émission ou à leur renouvellement à la suite des modifications survenues dans le cadre de la transformation du réseau, notamment sur le chapitre des fusions ou intégrations d'établissements. En outre, la Direction a collaboré étroitement à l'opération de révision des unités de mesure de ces permis, de même qu'à l'examen des fonctions susceptibles d'être régionalisées dans ce secteur.

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, la Direction s'est également assurée de la tenue à jour de ces permis, et ce, conjointement avec ses partenaires du réseau.

### **5.9 Le fonds de soutien à l'innovation**

Ce fonds ministériel était destiné à soutenir financièrement des projets novateurs, sur le plan de l'efficacité et de l'efficacités, présentés par les divers organismes du réseau.

Le Ministère y a mis fin en juillet 1996 et ses activités sur ce chapitre se sont limitées par la suite à assurer le suivi des 27 projets en cours qui avaient déjà fait l'objet d'une contribution financière.

## 6. Les relations professionnelles

La Direction générale des relations professionnelles a pour mandat :

- de représenter le Ministère pour tout ce qui concerne l'élaboration, 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, les professionnels de la santé et l'organisation afférente aux services régionaux et locaux. À cette fin et en ces matières, elle organise les relations et les échanges 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 reliées 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.

### 6.1 Le personnel salarié du réseau

À la suite du Sommet sur l'économie et l'emploi tenu à la fin d'octobre 1996, des négociations se sont déroulées avec les différentes instances syndicales représentant l'effectif du secteur public et parapublic pour convenir de la nature de leur contribution particulière, et ce, dans le respect des clauses monétaires contenues dans les conventions collectives signées un an auparavant et ayant cours jusqu'au 30 juin 1998. Ainsi, l'augmentation salariale de 1 % au 1<sup>er</sup> janvier 1997, établie en vertu de la convention, a effectivement été accordée, comme elle le sera au 1<sup>er</sup> janvier 1998.

En contrepartie et toujours dans l'esprit du Sommet, le gouvernement, devant la nécessité incontournable de réduire ses coûts de main-d'œuvre, a pris

entente avec les instances syndicales, d'une part, pour récupérer 100 000 000 \$ à même l'exercice courant sur les dépenses de rémunération, et d'autre part, pour la mise en place d'un programme de départs volontaires à la retraite. En vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1997, ce programme vise quelque 15 000 personnes, dont plus de 7 000 dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les 800 000 000 \$ nécessaires à son application proviennent en moitié de l'excédent actuariel de la part «employé» au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), et en moitié de l'État dont l'objectif ici est de réaliser une économie récurrente annuelle équivalant au coût d'ensemble du programme.

Enfin, pour faciliter les redéploiements conséquents et inévitables de l'effectif du réseau, des assouplissements ont été négociés et apportés aux conventions collectives quant aux règles de gestion de la sécurité d'emploi et de la mobilité du personnel.

La mesure négociée et convenue avec les différents syndicats représentant le personnel du réseau se résume globalement à l'application d'un congé sans solde de 1,5 jour entre le 25 décembre 1996 et le 31 mars 1997, soit l'équivalent d'une réduction maximale de 0,57 % de la rémunération annuelle de chaque personne salariée. Il faut noter ici que l'ensemble des syndicats en cause ont convenu d'une entente sur ce chapitre avant la présentation et l'adoption, le 21 mars 1997, de la Loi sur la diminution des coûts de la main-d'œuvre dans le secteur public et donnant suite aux ententes intervenues à cette fin.

Le Ministère a également préparé en cours d'année un programme de départ assisté destiné au personnel salarié des établissements du secteur de la santé et des services sociaux. Une première version a été présentée en janvier 1996 et des précisions administratives et fiscales ont été diffusées en juin 1996. Ce programme tend à faciliter le remplacement des personnes salariées qui bénéficient de la sécurité d'emploi, en dotant d'une mesure incitative financière le départ de ceux et celles qui détiennent des postes dans des secteurs d'activité où ce type de personnel est élevé. Ce programme est administré par chacune des régies régionales en fonction des surplus de personnel et des possibilités de remplacement qui s'offrent dans leur région respective. Au cours de sa période d'application jusqu'en décembre 1996, 4 711 personnes salariées se sont prévaluées de ce programme.

## **6.2 Le personnel cadre du réseau**

Au début du dernier exercice financier, le Ministère a poursuivi ses pourparlers avec les associations de cadres quant aux différents contenus des conditions de travail.

Cette démarche a permis de conclure de nouvelles ententes qui se sont traduites par deux décrets : le décret 1217-96 du 25 septembre 1996 concernant le 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 directrices et aux directeurs généraux des régies régionales et des établissements publics de santé et de services sociaux ; et le décret 1218-96 du 25 septembre 1996 relatif au règlement sur l'accessibilité aux postes, la rémunération, les régimes collectifs d'assurance et les mesures de stabilité d'emploi applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux. Les changements qui découlent de ces ententes portent notamment sur une valorisation de certaines mesures de stabilité d'emploi dans le contexte des redéploiements de l'effectif associées à la transformation du réseau et sur une plus grande responsabilité des employeurs. Ils ont trait également au rôle dévolu ici aux régies régionales et à une simplification des modalités d'application.

Les discussions, qui se sont poursuivies après septembre 1996, ont conduit à l'ajout de dispositions aux règlements précités, notamment en ce qui a trait aux modalités d'ajustement de la rémunération pour la période du 1<sup>er</sup> avril 1997 au 31 mars 1998 et à la réduction (au plus tard le 1<sup>er</sup> mai 1997) de la rémunération de chaque cadre d'un montant équivalant à 1,5 jour de travail à être compensé par un congé sans solde. Les dispositions en question ont été confirmées par les décrets 243-97, 244-97 et 245-97 du 26 février 1997.

Le Ministère a aussi élaboré un programme de départ assisté pour le personnel d'encadrement du secteur de la santé et des services sociaux, dont la mise en application a commencé en novembre 1996 pour se terminer en janvier 1997. Doté sensiblement des mêmes bénéfices que celui destiné au personnel salarié, administré et géré par chacune des régies régionales, ce programme a été offert à toutes les personnes cadres du réseau : 483 d'entre elles en ont profité.

## **6.3 Le personnel professionnel de la santé**

Sur ce chapitre, 1996-1997 a été pour le Ministère une année consacrée à la mise en application et au suivi des accords intervenus avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et

avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), lesquels accords introduisaient une enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour la période du 1<sup>er</sup> avril 1995 au 31 mars 1998.

Ainsi, des modifications ont été apportées à l'accord-cadre conclu le 1<sup>er</sup> octobre 1995 avec la FMSQ concernant notamment les raffinements aux plafonds individuels prévus dans l'entente, la rémunération progressive chez les jeunes médecins et l'allocation de fin de carrière qui a dû être repensée afin d'éviter la double rémunération.

Certains dossiers traités avec la FMOQ ont débouché sur des ententes particulières relatives à la santé publique et aux unités en médecine familiale, et sur un protocole d'entente avec le Conseil médical. Un accord a été conclu également en ce qui a trait à la fermeture de centres hospitaliers où l'on a prévu une rémunération à l'urgence dans le cas d'une baisse d'achalandage, et une rémunération pour chaque patiente ou patient admis quand l'urgence est fermée.

Avec l'introduction du programme d'allocation de fin de carrière dans les accords conclus avec les fédérations médicales, les parties susceptibles d'être négociées visent à inciter les médecins ciblés à cesser d'exercer leur profession en vue de permettre aux jeunes médecins de combler les postes devenus vacants. Lorsqu'un médecin est reconnu admissible à ce programme, il doit s'engager à ne plus exercer à l'intérieur du régime d'assurance-maladie du Québec ou d'un programme administré par la RAMQ, à défaut de quoi des pénalités représentant le double des sommes versées à titre d'allocation de fin de carrière sont imposées. Précisons qu'au cours de la période du 1<sup>er</sup> avril 1996 au 31 mars 1997, 334 médecins spécialistes et 266 médecins omnipraticiens ont mis fin à leur carrière.

Par ailleurs, à l'occasion des discussions avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) pour le renouvellement de son entente avec le Ministère, un protocole d'accord a été signé qui fixe les principales conditions monétaires jusqu'au 31 mars 1998. Ces conditions se résument au maintien de l'horaire pour l'exécution ou le renouvellement d'une ordonnance à 7,00 \$, à l'indexation du plafond de 20 000 ordonnances en fonction de la prévision de la nouvelle clientèle du régime général d'assurance-médicaments, et au remboursement par les pharmaciennes et les pharmaciens d'une somme de 10 000 000 \$ sur une période de six mois à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1997.

Une entente est également intervenue avec l'Association professionnelle des optométristes du Québec (APOQ) le 16 décembre 1996 relativement à l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale



prédéterminée pour la période du 1<sup>er</sup> avril 1995 au 31 mars 1998, et à l'intégration des optométristes à l'intérieur des centres de réadaptation de basse vision.

De plus, une révision des programmes des services dentaires et des services optométriques destinés aux prestataires de la sécurité du revenu a été effectuée par des personnes du Ministère, du ministère de la Sécurité du revenu et de la RAMQ. Les solutions mises de l'avant permettent de conserver les services couverts par les deux programmes, tandis que les mesures retenues portent sur des prolongations de délais de carence et sur la diminution de la fréquence de certains actes (un examen dentaire par période de 12 mois et un examen optométrique par période de 24 mois) pour ce qui est des services offerts aux prestataires de la sécurité du revenu, et ce, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1996.

Le programme des services dentaires à l'intention des enfants a aussi fait l'objet d'une révision par le Ministère. Ainsi, à compter du 2 janvier 1997, la fréquence de l'examen dentaire est limitée à un par année pour les enfants âgés de moins de 10 ans, ce qui engendre des économies de l'ordre de 9 500 000 \$.

À compter de décembre 1996, les négociations dans le secteur des relations professionnelles ont porté sur la nécessité d'introduire dans les ententes les mesures propres à satisfaire aux objectifs du gouvernement visant à réduire son déficit à zéro d'ici l'an 2000, notamment en diminuant les coûts de main-d'œuvre dans ses dépenses.

Enfin, la Direction générale des relations professionnelles a poursuivi ses échanges de points de vue avec l'Office des professions et les ordres de professionnels et professionnelles de la santé. Notons que la Direction est particulièrement engagée dans les démarches de reconnaissance professionnelle et dans le dossier du partage des actes.

Le Ministère a également poursuivi en cours d'année la décentralisation des mesures incitatives à l'intention des médecins qui pratiquent dans les régions reconnues comme étant insuffisamment pourvues en main-d'œuvre médicale, en appliquant les principes du guide de gestion élaboré conjointement avec les régions régionales en cause et la Conférence des régions régionales.

Ce mode de gestion participatif favorise en effet l'introduction d'assouplissements dans les règles d'attribution des primes d'installation et ce, afin d'axer les actions régionales vers la rétention à plus long terme. Les principes retenus dans ce guide visent à introduire une modulation des primes versées aux médecins en fonction de la difficulté pour la région de recruter des personnes intéressées à

pratiquer en dehors des grands centres, tout en respectant l'autonomie régionale dans le choix des moyens les mieux adaptés à leur réalité.

Par ailleurs, en offrant son assistance aux établissements qui ont de la difficulté à recruter du personnel médical, l'unité d'accès aux soins en région a permis de désigner des médecins détenteurs de bourses de formation ou de contrats d'engagement dans les secteurs les plus touchés par ce phénomène.

Enfin, de concert avec la FMOQ, le Ministère a amorcé des travaux destinés à réviser le mécanisme de dépannage en vue d'améliorer l'accessibilité aux soins pour les populations desservies par les établissements dont le personnel médical éprouve des difficultés temporaires à couvrir les urgences.

## 6.4 L'effectif médical

La *Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation en médecine* de 1997-1998 à 1999-2000 vise principalement à planifier l'évolution de l'effectif médical du Québec afin d'assurer une situation d'équilibre à moyen et à long terme entre la disponibilité des services médicaux et la projection des besoins de la population pour ces services, à stabiliser le ratio des médecins omnipraticiens et spécialistes, à cibler le nombre d'admissions en spécialité et à donner priorité aux spécialités dites de niveau local, particulièrement la chirurgie générale, la médecine interne et l'anesthésie-réanimation.

Conformément à ces objectifs, le nombre d'admissions du contingent d'étudiantes et d'étudiants québécois en faculté de médecine est celui de 1996-1997, ce qui maintient à 457 le nombre total de places disponibles en 1997-1998.

La 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.

Par ailleurs, afin de garantir un accès équitable aux services médicaux à l'ensemble de la population, les régions régionales sont tenues par la loi de produire un plan de l'effectif médical de leur région en tenant compte des objectifs de croissance et de décroissance en ce qui a trait à l'effectif tels qu'ils sont définis dans le *Plan de répartition de l'effectif médical* élaboré et diffusé par le Ministère.

Les objectifs de croissance du personnel médical dont peuvent bénéficier les régions touchées par une pénurie relative de l'effectif proviennent de l'ajout net de médecins prévus annuellement et de la décroissance de l'effectif des régions les mieux pourvues. À l'occasion de la détermination des objectifs associés au plan de répartition 1997-2000, le Minis-

tère a procédé à une vaste consultation auprès des régies régionales, des commissions médicales régionales et de la Conférence des régies régionales. Cette consultation permettra l'énoncé d'objectifs de croissance ou de décroissance, par spécialité et pour l'omnipratique, qui tiennent compte des besoins précis relevés par les partenaires régionaux. Des mesures susceptibles de favoriser le déroulement du processus sont présentement à l'étude.

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 dans la prestation des services médicaux.

### **6.5 La main-d'œuvre non médicale**

En janvier 1997, la Direction générale des relations professionnelles a constitué un groupe de travail en soins infirmiers à qui elle confiait le mandat de proposer au ministre des orientations concernant la main-d'œuvre dans ce champ d'intervention, et ce, dans un contexte où l'organisation du travail demeure la responsabilité des établissements. Ces orientations devraient également permettre au ministre d'indiquer à son homologue du ministère de l'Éducation les besoins et les perspectives d'emploi dans ce secteur, de manière à ce que celui-ci puisse procéder conséquemment à la révision des programmes de formation.

Au cours de la dernière année, la Direction a également procédé à la révision du programme de financement des résidentes et résidents en pharmacie d'hôpital, lequel a été remis en question par le Ministère. Afin d'évaluer les besoins de main-d'œuvre au sein de cet effectif et d'évaluer les conséquences d'un arrêt de financement sur les admissions dans les programmes de formation, des personnes déléguées par l'Université Laval, l'Université de Montréal et le ministre se sont constitués en groupe de travail et en sont venus à une entente de principe permettant au ministre d'atteindre ses objectifs tout en réduisant les effets appréhendés d'un arrêt complet du financement. Précisons que la Direction a entrepris une démarche similaire au regard du programme de financement des résidentes et des résidents en médecine dentaire.

Enfin, le Ministère a présidé un comité sur l'effectif en optométrie ainsi qu'un comité sur l'effectif en médecine dentaire chargés d'examiner la situation du marché du travail et la pertinence de contourner les admissions dans les programmes de formation. Le premier de ces comités a terminé ses discussions et soumettra son rapport pour approbation au cours de l'exercice 1997-1998, tandis que le second en est à l'étape de consultation auprès des autorités des divers organismes en cause quant à la

pertinence de poursuivre ses travaux pour analyser la problématique de l'effectif en médecine dentaire dans une perspective plus globale.

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

Au cours de la dernière année, le Ministère a présenté son programme en santé et sécurité du travail dans le réseau au cours de différents forums afin de faire valoir les intérêts du réseau de la santé et des services sociaux. À titre d'exemple, les responsables du programme ont :

- participé au forum gouvernemental avec le secrétariat du Conseil du trésor et ses partenaires des secteurs public et parapublic ;
- participé avec les partenaires des réseaux public et parapublic à des discussions visant la modernisation de certaines activités de gestion de la présence au travail ;
- participé avec des personnes issues des secteurs de l'éducation et de la fonction publique, ainsi qu'avec des personnes du Conseil du trésor, au comité intersectoriel mis sur pied pour donner suite au rapport du vérificateur général du Québec de juin 1996 portant sur l'assurance-traitement (assurance-salaire).

L'objectif principal du programme «SST-réseau» vise à faire reconnaître les particularités du réseau de la santé et des services sociaux à l'occasion des projets de modification aux lois et règlements. Cette année, des représentations ont été faites notamment à l'intérieur des projets de loi 74 et 79 en matière de lésions professionnelles et de financement de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

Les responsables du programme ont aussi effectué cinq études de faisabilité destinées à évaluer s'il était rentable d'offrir des services communs spécialisés en santé et sécurité du travail et en assurance-salaire dans les régions de Québec, Montérégie, Laval, Côte-Nord et Abitibi. Conformément aux objectifs de décentralisation du Ministère, chacune de ces activités a été réalisée soit à la demande des régies régionales, soit en collaboration avec celles-ci.

Ces études permettent de présenter aux établissements des régions intéressées le profil de leurs dépenses tant en santé et sécurité qu'en assurance-salaire, et d'esquisser également le profil des économies susceptibles d'être réalisées par la mise sur pied de tels services. Cette analyse a donné lieu à l'interrogation suivante : quelle forme doit prendre ce type de services : services offerts par un établissement, regroupement de services, etc.

Comme par les années passées, les responsables du programme SST-réseau ont procédé à des évaluations actuarielles, répondant ainsi aux demandes d'établissements ou de régions régionales voulant examiner les effets de la transformation du réseau, principalement en ce qui a trait aux dépenses encourues en santé et sécurité du travail. En outre, pour satisfaire aux demandes particulières de certains établissements, ils ont procédé également à quelques évaluations-conseil de gestion (ECG).

Le programme «SST-réseau» offrant depuis sa mise sur pied des cours de formation en gestion de la santé et de la sécurité du travail, plusieurs sessions ont eu lieu en 1996-1997, principalement dans le secteur des centres jeunesse qui ont subi de nombreux changements majeurs (regroupement, fusion, fermeture, transfert de la clientèle, etc.) au cours des dernières années. Le contenu des sessions touche tous les aspects de la gestion liés à la présence au travail (gestion financière et médico-administrative des régimes, prévention, gestion du prompt retour au travail, gestion du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite).

Enfin, le bureau régional de santé et de sécurité du travail de l'Outaouais (BSSTO) a terminé sa deuxième année d'existence avec un surplus financier permettant de confirmer la viabilité d'une telle approche.

## **6.7 Les communications**

Le Service des communications conseille le sous-ministre et les directions générales du Ministère et les assiste dans la planification et la réalisation d'activités de communication publique. Il prépare, planifie et réalise des programmes de communication à l'intention des clientèles 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.

Le Service est responsable également de l'édition des textes et des documents d'information (plus d'une centaine en 1996-1997) destinés à des publics internes ou externes. Il fournit aussi l'accès à des services spécialisés en matière linguistique: révision, réécriture et traduction.

En 1996-1997, le Service a mené trois campagnes d'information: une première sur la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, phase II, portant principalement sur le service «Info-Santé CLSC»; une deuxième sur le nouveau régime d'assurance-médicaments, entré en vigueur le 1er juillet 1996; et une troisième sur les élections dans les conseils d'administration des établissements du réseau. Il a aussi travaillé à la préparation du Programme québécois de dépistage du cancer du

sein, qui s'adresse principalement aux femmes de 50 à 69 ans, ainsi qu'à la réalisation d'un programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse.

Au sein du Service, la Division de la production fournit des services de conception et de production graphiques et coordonne la diffusion des publications du Ministère. Son personnel conseille également la clientèle du Service sur la présentation graphique d'imprimés administratifs, dont certains formulaires nécessaires à la bonne gestion du Ministère.

Enfin, le Service assure la réalisation des revues de presse et le suivi de la presse électronique qui permettent d'observer l'importance accordée aux sujets rattachés aux champs de compétence et d'intérêt du Ministère.

## 7. L'administration et les immobilisations

La Direction générale de l'administration et des immobilisations a pour mandat :

- d'élaborer 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 promouvoir l'utilisation rationnelle de l'information à l'intérieur du système socio-sanitaire ;
- de gérer les programmes d'immobilisations du réseau, de l'assister dans la réalisation des travaux et de voir à la réalisation des mandats décentralisés ;
- 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.

### 7.1 La planification et les stratégies de financement

Dans le cadre de la démarche gouvernementale de planification stratégique, le Ministère a élaboré une planification financière qui définit les grands enjeux des prochaines années et précise les mesures à mettre de l'avant afin de réaliser les économies budgétaires escomptées.

Cette démarche s'inscrit dans une perspective de gestion intégrée en fonction des résultats. On y trouve des sections portant sur les résultats budgétaires 1996-1997, sur le suivi de la *Politique de la santé et du bien-être* et sur les résultats globaux de la transformation du réseau.

Dans le contexte de l'équité interrégionale, le Ministère a poursuivi ses travaux destinés à mieux jauger la performance économique des établissements en ce qui a trait à l'utilisation des ressources, ce qui l'a amené à constituer le comité MSSS-Régies régionales sur l'élaboration des indicateurs de performance des établissements.

Dans la foulée de ces travaux, le Ministère — à l'instar des deux années précédentes — a mis en circulation dans chacune des régies régionales, en

mai et juillet 1996, trois documents qui, en se fondant sur les données de 1994-1995, font état de plusieurs améliorations méthodologiques par rapport aux travaux antérieurs, soit :

- *L'évaluation de la performance économique globale des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, volet «clientèle hospitalisée»*, qui renferme de nombreux tableaux statistiques et présente des éléments d'information fort utiles relativement à la performance des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de chaque région et ce, en s'appuyant sur le système des «Diagnostics Related Groups (DRG)», reconnu internationalement ;
- des durées moyennes *L'évaluation du potentiel de réduction des durées de séjour dans les CHSGS*, effectuée d'après une comparaison de séjour au Québec et en Ontario ;
- *L'évaluation des économies potentielles réalisables dans les CHSGS*, document dans lequel on trouve une estimation des gains susceptibles de découler d'un usage optimal de la chirurgie d'un jour, et d'une réduction des délais préopératoires.

Notons que, pour la première fois, le Ministère a produit des résultats préliminaires portant sur les clientèles ambulatoires en CHSGS, regroupées selon le système des «Ambulatory Patients Groups (APG)».

Afin d'approfondir la problématique liée aux coûts supplémentaires de production que certaines régions doivent assumer pour offrir les mêmes services que dans les grands centres, le Ministère a formé un comité technique MSSS-Régies régionales dont les travaux ont débouché sur la mise en place d'un nouveau cadre conceptuel et d'un cadre méthodologique rigoureux, ce qui a permis de circonscrire les principaux facteurs à prendre en considération dans le contexte de l'équité interrégionale. À partir de quoi il a établi une mesure empirique des coûts différentiels de production entre les régions, tant pour les cas hospitalisés en CHSGS que pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ces résultats, qui représentent des progrès importants par rapport aux indicateurs développés dans le passé, ont servi aux décisions du comité MSSS-Régies régionales sur l'allocation interrégionale des ressources pour 1997-1998.

La mise en place du nouveau régime d'assurance-médicaments général et contributif a constitué l'un des dossiers majeurs du Ministère en 1996-1997. Ainsi, dans le cadre des travaux préparatoires à cette mise en place, le Ministère a procédé à des analyses afin de dégager les différents paramètres devant être fixés à l'intérieur du régime (ex. : primes, franchises, seuils de revenu, taux d'exonération). Il a également travaillé à évaluer les effets, sur le plan financier, de divers scénarios possibles quant à la contribution liée à la consommation des médicaments, et a produit une estimation des éventuelles conséquences socio-économiques du régime d'assurance-médicaments; ces travaux se sont avérés essentiels dans la préparation du mémoire au Conseil des ministres et pour l'implantation du nouveau régime.

Par ailleurs, dans le cadre des travaux de la Commission sur la fiscalité et le financement des services publics, le Ministère a aussi collaboré à l'élaboration du document gouvernemental *La tarification des services publics*, dans lequel il explique la problématique et les orientations du secteur de la santé et des services sociaux en la matière.

## 7.2 Les ressources financières et immobilières

### Le budget

Depuis l'exercice financier 1995-1996, le Ministère a la responsabilité de coordonner l'enveloppe budgétaire de l'ensemble du secteur sociosanitaire. Cette enveloppe de 12 892 984 900 \$ regroupe les quatre groupes de fonctions suivants :

- les fonctions nationales (budget du Ministère, de la RAMQ et de l'OPHQ) et les fonctions régionales (budget des régies régionales et des établissements) 379 186 200 \$
- les fonctions régionales, soit les enveloppes budgétaires dédiées à la gestion et au fonctionnement du réseau ainsi qu'au financement des activités connexes 9 474 955 100 \$
- les fonctions relevant de l'Office des personnes handicapées du Québec 47 741 100 \$
- les fonctions attribuées à la Régie de l'assurance-maladie du Québec 2 991 102 500 \$

La responsabilité de coordination dévolue au Ministère ne se substitue aucunement à celle relevant en propre de chacun des mandataires.

Conjointement avec les organismes visés, le Ministère assure le suivi des prévisions des dépenses, l'étude des crédits en commission parlementaire et la gestion des opérations à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire fermée. Ainsi, le Ministère coordonne :

- l'élaboration de la programmation budgétaire des subventions liées aux fonctions nationales et aux fonctions régionales ;
- le contrôle de la régularité et de la conformité des engagements quant aux fonctions nationales et régionales ;
- la comptabilisation des dépenses de fonctionnement et de subvention reliées à ces engagements ;
- l'administration des revenus et des recettes.

L'ensemble de ces opérations est effectué dans un contexte de régionalisation des services et dans le respect des choix et des orientations des instances régionales et de leurs partenaires, en conformité avec les orientations ministérielles.

### Le financement des immobilisations

Pour ce qui est de la gestion des projets d'immobilisations du réseau de la santé et des services sociaux 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. Des sommes de 181 000 000 \$ ont été déboursées en 1996-1997, en plus de la consolidation des emprunts liés aux enveloppes d'immobilisations régionales d'un montant de 149 927 000 \$. Pendant ce même exercice financier, des emprunts temporaires mensuels moyens de l'ordre de 712 000 000 \$ 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 réalisées dans le réseau. À ce titre, 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 521 732 360 \$, en plus de s'assurer du versement de crédits budgétaires au montant de 411 982 735 \$, soit la somme requise pour acquitter le service de la dette qui en résulte.

## Les ressources immobilières

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, 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. Enfin, il a également soutenu l'exercice du pouvoir du ministre concernant la désignation des corporations dont les actifs immobiliers sont en partie redevables à des subventions gouvernementales.

### La gestion des ententes fédérales-provinciales

Au cours de l'exercice financier 1996-1997, le Ministère a continué d'assumer la responsabilité, au nom du gouvernement du Québec, de la gestion des ententes à frais partagés reliées au domaine des services sociaux.

Au cours de ce même exercice, les réclamations annuelles suivantes ont été présentées au gouvernement fédéral :

— le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC 1993-1994)	2 657 379 317 \$
— la Loi sur les jeunes contrevenants (LJC 1993-1994)	28 523 266 \$
— la Loi sur la réadaptation professionnelle des personnes handicapées (LRPPH 1993-1994) plus 7,3 M \$ pour les années antérieures	19 181 601 \$
— l'accord sur l'alcoolisme et la toxicomanie (TRAT 1994-1995) plus 0,5 M \$ pour les années antérieures	3 844 263 \$
— l'entente sur l'accessibilité des services sociaux et de santé, dans leur langue, aux personnes d'expression anglaise (ASA 1995-1996)	426 000 \$

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 RAPC, qui a débuté en avril 1996, se poursuivra jusqu'au 31 mars de l'an 2000, date d'abrogation du RAPC.

L'accord sur l'alcoolisme et la toxicomanie (TRAT) est arrivé à terme en mars 1997. D'autres ententes, telles la Loi sur les jeunes contrevenants et la Loi sur la réadaptation professionnelle des personnes handicapées, ont également pris fin en mars 1997. Dans ces dossiers, les discussions se sont poursuivies et ont donné lieu à des ententes transitoires, en attendant leur révision définitive.

En 1996-1997, les avances courantes obtenues du gouvernement fédéral ont totalisé 28 407 043 \$. Ce montant est réparti entre les ententes LJC, TRAT et ASA.

## 7.3 Les ressources informationnelles

Le réseau sociosanitaire québécois s'est doté au fil des ans de systèmes et de technologies de l'information susceptibles de l'assister dans sa mission, ce qui donne lieu aujourd'hui à un important chantier de développement et de déploiement de technologies de l'information. Au cours des derniers mois, les investissements consentis sur ce chapitre ont été concentrés sur l'aide à la réorganisation des services et des soins.

Le Ministère poursuit deux objectifs majeurs en matière de ressources informationnelles :

- le soutien dans l'accomplissement de sa mission et plus particulièrement dans la gestion du système sociosanitaire ;
- la promotion de l'utilisation rationnelle, cohérente et intégrée des technologies de l'information dans le réseau sociosanitaire, visant notamment à appuyer la transformation du système sociosanitaire.

En 1996-1997, le Ministère a axé principalement ses efforts sur la refonte de Med-Écho, la mise en place définitive du système de déclaration des cas de tumeurs et l'évolution des systèmes de suivi budgétaire du réseau sociosanitaire, de même que sur le système portant sur les services ambulatoires et l'intégration du système-établissement du Ministère avec celui du réseau. Une rencontre avec les partenaires du réseau sociosanitaire intéressés par Med-Écho a eu lieu dans le contexte de l'assurance-qualité sur les banques de données. D'autres travaux ont permis d'assurer l'évolution du portefeuille d'applications qui se compose d'une quarantaine de systèmes sur plate-forme centrale et de 50 autres sur plates-formes réseau et micro. Sur ce chapitre, près de 25 années-personne ont été consacrées en activités de développement, d'amélioration et d'entretien de systèmes informatiques.

La modernisation de l'infrastructure technologique s'est poursuivie avec l'augmentation du nombre de postes de travail individuels et avec la mise en opération de serveurs de télécopie. Le passage vers

des logiciels bureautiques MS-Office s'est quant à lui intensifié.

Le Ministère a continué de développer son site Internet, inauguré l'an dernier, où l'on trouve une information de base sur les politiques, les orientations et les réalisations provenant du Ministère ainsi que des organismes relevant du ministre. Ce site permet également d'établir des liens avec les régies régionales ainsi qu'avec d'autres organismes et ressources du secteur. De plus, l'internaute peut accéder à une information de qualité sur divers sujets relatifs à la santé et aux services sociaux.

Rappelons que le Ministère contribue également à la mise en valeur du patrimoine informationnel sur le système sociosanitaire québécois. Ainsi, quelque 850 demandes d'exploitation des banques de données ministérielles ont été traitées au cours de l'année et le Ministère s'est engagé dans le projet des infocentres régionaux, piloté par la Régie régionale de Québec. En matière de gestion des données plus particulièrement, les banques de données d'intérêt commun ont été actualisées en fonction de la transformation du réseau. La saisie à la source du rapport statistique des centres jeunesse est entrée en fonction et l'opération de la nouvelle banque de données sur les «All Patients Refined — Diagnostics Related Groups (APR-DRG)» a débuté en cours d'année. Enfin, le Ministère a poursuivi son projet d'application micro-informatique sur l'accessibilité géographique de la population aux divers points de services du réseau.

Conformément à ses objectifs, le Ministère mène des actions destinées à orienter et à encadrer l'information du réseau sociosanitaire. Au cours de la dernière année, l'accent a surtout porté sur la réalisation de travaux permettant de mettre à contribution les technologies de l'information afin de soutenir la transformation du système sociosanitaire québécois, lesquels travaux ont débouché sur un plan d'action intégré pour la mise en œuvre de l'infrastructure socio-sanitaire. Ce plan d'action, préparé avec la collaboration des partenaires du secteur, guidera la construction et le déploiement de l'infrastructure socio-sanitaire. Le Ministère a également coopéré à l'évaluation des projets relatifs au domaine sociosanitaire soumis au Fonds de l'autoroute de l'information à l'occasion du concours de la phase II.

En matière de télécommunications, le Ministère a entrepris la mise en œuvre des orientations du réseau sociosanitaire, notamment en adressant une demande d'information à tous les fournisseurs potentiellement intéressés. Les renseignements obtenus ont permis d'amorcer les démarches d'autorisation auprès du Secrétariat du Conseil du trésor afin de doter le réseau d'une infrastructure de télécommunications adaptée à ses besoins. Les télé-

communications constituent un excellent outil pour soutenir la transformation du réseau puisqu'elles permettent de recourir à de nouvelles façons de dispenser des services à la population québécoise. Le Ministère, par l'intermédiaire du groupe de soutien à la mise en œuvre des orientations technologiques du réseau sociosanitaire (SMOOT), a également multiplié les actions visant à concrétiser les orientations technologiques.

Composé de personnes issues du Ministère, des régies régionales et des établissements, le SMOOT a été chargé, en outre, de l'implantation de l'environnement de communication «Lotus Notes» qui gère le courrier électronique et l'échange de documents entre le Ministère et les régies régionales, la RAMQ et l'OPHQ. De plus, des colloques d'information portant sur l'application des orientations technologiques dans le contexte de la mise en œuvre d'un réseau intégré de services ont été organisés à l'intention de chaque région sociosanitaire. Ces colloques se sont tenus au cours de l'année dans les régions Chaudière-Appalaches, Outaouais, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Laval.

Les travaux réalisés à l'intérieur dans le cadre des projets MSSS-Régies régionales ont, quant à eux, amené le déploiement de plusieurs systèmes d'information dans le réseau sociosanitaire. Ainsi, le système Info-Santé, mis en opération dans les CLSC, soutient maintenant le personnel infirmier lorsqu'il s'agit de fournir des informations cliniques à la population par voie téléphonique. Le Ministère a aussi complété les travaux de développement de systèmes d'information prioritaires comme le système sur le dépistage du cancer du sein et le système sur la gestion des plaintes acheminées par la population.

Au total, quelque 25 projets MSSS-Régies régionales ont progressé durant l'année d'une manière soutenue vers l'implantation de systèmes d'information qui permettront aux établissements et aux régies régionales de disposer d'outils de productivité soutenant la gestion et la prestation des services dans le contexte de la transformation du réseau.

## **7.4 La construction**

Depuis le début de l'année 1996, le Ministère a amorcé un travail de redéfinition du cadre de gestion des immobilisations relatif aux projets de construction. Ce cadre de gestion, qui poursuit les objectifs issus de la réforme et de la transformation du réseau sociosanitaire, vise une plus grande responsabilisation des établissements et des régies régionales les amenant à devenir maîtres d'œuvre de l'organisation de leurs services et de la planification de leur parc immobilier sur leur territoire. En corollaire, le Ministère agit désormais à titre de planificateur stratégique, coordonnateur-orienteur et régulateur du système.

Le Ministère a assumé son rôle de conseiller auprès du réseau en effectuant des études de faisabilité, des analyses de programmes fonctionnels et techniques, des analyses de plans et devis et diverses expertises techniques. D'autre part, au cours de l'année, il a mené des analyses qualitatives détaillées de six établissements de la région de Québec et sept de la ville de Sherbrooke pour permettre aux régies régionales en cause de mieux planifier leurs interventions au regard de leur parc immobilier respectif.

Sur le plan normatif, le Ministère a établi de nouvelles normes, notamment celles qui ont trait à l'aménagement des centres hospitaliers de soins de longue durée, et il a procédé à la mise à jour des normes techniques déjà existantes.

Il a également apporté son expertise dans les dossiers spéciaux concernant les nouvelles technologies : l'immotique et les méthodes de stérilisation en relation surtout avec la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Enfin, le Ministère a contribué à la réalisation de divers projets centralisés d'immobilisations en implantant 21 nouveaux projets d'une valeur de 91 000 000 \$ pour un total de 240 projets évalués à 1 700 000 000 \$. Ce volume d'activités se répercute aussi sur le nombre de gestes contractuels que doit poser le Ministère. Ainsi, 687 contrats ou avenants ont été préparés et 21 comités de sélection ont procédé au choix de firmes de professionnels spécialisés.

## **7.5 Les services au personnel**

### **La dotation**

Au cours de la dernière année, les activités du Service de la dotation ont porté entre autres sur des services-conseils aux gestionnaires relativement à la consolidation des équipes de travail et au calibrage des fonctions, à la suite des 56 départs à la retraite effectués à l'occasion du programme de départs assistés de l'année 1996, auxquelles activités se sont ajoutées de multiples interventions auprès du personnel sur le plan de l'aide à la carrière.

Le contexte actuel de la fonction publique qui limite la mobilité, et les réorganisations administratives subséquentes, entraînent en effet de nombreux questionnements de la part du personnel. Certains cas ont donc nécessité des interventions plus soutenues et plus spécialisées, particulièrement en ce qui a trait à la relocalisation de personnes en disponibilité ou en transition de carrière.

En outre, le Service a pris en charge les concours réservés au personnel professionnel et ingénieur occasionnel qui avait accumulé plus de trois années de service, la gestion de dossiers de promo-

tion sans concours et le suivi de la masse salariale afin de permettre aux gestionnaires de respecter leurs cibles budgétaires.

Enfin, le Service a collaboré au suivi de certaines consultations menées par les organismes centraux relativement aux modifications à apporter à la réglementation en matière de gestion des ressources humaines, notamment en ce qui a trait à la révision de la classification du personnel professionnel et fonctionnaire.

### **Les relations de travail**

Sur ce chapitre, l'année financière 1996-1997 a été consacrée à consolider les travaux du comité ministériel sur l'organisation du travail (CMOT) afin de faciliter l'atteinte des objectifs gouvernementaux visant à déterminer des façons d'économiser sans nuire pour autant au bon fonctionnement des services et au maintien de la qualité de vie de la population. Dans cette optique, les membres du comité se sont entendus sur l'implantation d'un programme d'aménagement du temps de travail, en plus de participer à la préparation d'une procédure concernant la consultation des syndicats au sujet des projets de sous-traitance.

Entre juin 1996 et mars 1997, le programme d'aménagement de travail a suscité l'adhésion de 71 personnes tandis que les sommes épargnées ont totalisé 163 837 \$.

En matière de prévention, le coordonnateur ministériel a travaillé — en collaboration avec le comité régional en santé et sécurité du travail — à la révision des programmes de prévention, l'amélioration constante des conditions de travail et la sensibilisation du personnel quant au respect de la circulaire ministérielle interdisant de fumer dans tous les locaux. À cet égard, une personne a été désignée pour agir à titre d'inspectrice conformément à l'article 23 de la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics. Enfin, une attention particulière a été aussi accordée à l'ergonomie des postes de travail informatisés.

La Direction générale de l'administration et des immobilisations a également collaboré à l'élaboration de principes directeurs devant guider les gestionnaires dans la négociation de prêts de services de personnes appartenant au Ministère, aux régies ou au réseau. À cela s'ajoute la mise en place d'un programme gouvernemental de départ assisté qui a permis de négocier et de conclure 56 ententes de départ à la retraite.

Enfin, l'entrée en fonction d'un nouveau sous-ministre a entraîné également la mise à jour du plan de délégations en gestion des ressources humaines.



## **Les services de développement**

Au cours de l'année financière 1996-1997, le Ministère a investi la somme de 195 500 \$ dans la formation de son personnel. De ce montant, 117 250 \$ ont servi à l'adaptation de la main-d'œuvre en vue d'effectuer le virage technologique vers un environnement MS-Office; plus de 450 personnes ont été formées durant cette période. Dans un souci d'efficacité et d'efficience, le Ministère s'est également doté de deux salles de cours de formation, une initiative qui a permis notamment de réduire les coûts de formation de plus de 50 %.

À la fin de l'année 1996, le Ministère a fait parvenir un questionnaire de sondage à plus de 300 personnes pour évaluer la qualité de la formation et le transfert des connaissances dans le travail; le questionnaire a été expédié électroniquement, ce qui a permis de développer une expertise exceptionnelle dans la compilation et la gestion des sondages.

Au cours de cette période, le Ministère a également collaboré à une recherche visant à mieux comprendre, dans un contexte de changement organisationnel, les attitudes et les comportements des individus. Les résultats de cette étude dirigée par le département de psychologie de l'Université Laval seront connus à l'automne 1997.

Enfin, outre les changements technologiques, le Ministère a mené des actions dans plusieurs autres dossiers jugés importants, dont le soutien aux études, l'accès à l'égalité à l'emploi, le programme d'aide aux employés et employées, la retraite, la santé et la sécurité, et le développement d'habiletés de gestion et de l'expertise. À cette fin, il a organisé des sessions de formation et de nombreuses activités favorisant la mise en œuvre de programmes prioritaires au Ministère.

## **Les ressources matérielles**

Le Ministère a la responsabilité de coordonner l'application des politiques en matière de ressources matérielles, notamment dans le domaine 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 la dernière année financière, la Direction a poursuivi la décentralisation de son budget. Ainsi, les budgets en télécommunications ont été remis aux organismes relevant du ministre, tandis que le budget des cellulaires a été confié aux directions générales du Ministère.

Le Service de l'approvisionnement a continué l'exploitation décentralisée de son logiciel «approgiciel», permettant ainsi aux directions du Ministère de s'approvisionner elles-mêmes en four-

nitures de bureau, de contrôler les dépenses d'achat et d'assurer un meilleur suivi des coûts de fonctionnement.

Au cours de l'exercice 1996-1997, le secteur de la gestion des espaces et des télécommunications a poursuivi son objectif de rationalisation des espaces, en cédant une superficie de 741 m<sup>2</sup> anciennement occupée par un entrepôt et en libérant 1 271 m<sup>2</sup> de l'édifice Cambrai. Le Conseil médical du Québec a emménagé à l'édifice Le Mil Cinq, tandis que la construction d'un local au rez-de-chaussée du Catherine-De Longpré a permis de localiser le bureau des renseignements généraux. Des rénovations ont également été effectuées à l'édifice Catherine-De Longpré, soit le changement du tapis sur douze étages ainsi que le rafraîchissement des murs (peinture).

Enfin, le Service de l'approvisionnement a traité 1 721 demandes de services reliées aux installations matérielles, au fonctionnement des installations et au prêt d'équipements audiovisuels.

# Annexes

---

## **Annexe 1 Les organismes rattachés au ministre de la Santé et des Services sociaux et le 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 dispensateurs et les bénéficiaires. 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. André Dicaire assume la présidence de cet organisme.

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 des organismes publics, parapublics ou privés, dispensateurs de services, aux niveaux national, régional et local.

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 et à soutenir l'évaluation des technologies de la santé, à en diffuser les résultats et à favoriser leur utilisation au regard des décisions de toutes les personnes visées par la diffusion de ces technologies.

En vertu des obligations liées au deuxième volet de son mandat, plus spécifiquement 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 et les technologies devant faire l'objet d'évaluations. Ils statuent sur les contenus dont ils garantissent la rigueur scientifique et la qualité des travaux. 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 1996-1997, le Conseil était constitué des membres suivants : Martial Bourassa, Raymond L. Carrier, Raymonde Chartrand, Claude E. Forget, Roger Jacob, Jean Joly, Aline Lavoie, Denise Leclerc, Jean-Marie Moutquin, Suzanne Nootens et Guy Rocher.

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 la collaboration d'une expertise externe. Au cours de l'année 1996-1997, six nouveaux rapports ont été publiés et des travaux se sont poursuivis sur quatorze autres projets d'évaluation.

Le CETS produit 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 ont été nommés par le gouvernement du Québec sur recommandation du ministre et après consultation (outre le président) auprès 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 issues de secteurs d'activités 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 doivent provenir 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 subventionnaire de 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 celui également des personnes qui travaillent dans le domaine, 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. Marc Renaud, soit : Jacques Alary, Camil Bouchard, Jean-Pierre Deslauriers, Lise Denis, Patricia Dobkin, Winnie Frohn, Lorraine Guay, Terry Kaufman, Christiane Piché et Marie-France Raynault. Deux observateurs siègent également au Conseil : Roger Paquet comme représentant du Ministère et Sylvie Marcoux à titre de représentante du FRSQ.

Le CQRS a offert, en 1996-1997, cinq programmes de subventions et de bourses de carrière en recherche sociale :

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

Le CQRS produit 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 élabore des normes et critères d'attribution au regard des programmes de paiement.

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

En 1996-1997, le CCAT a déposé auprès du ministre un volumineux rapport sur la valorisation des aides techniques, qui fait ressortir les avantages et les économies à retirer de la mise sur pied d'un système de récupération, de remise en état et de réattribution d'aides techniques au Québec.

L'Avis n° 24, quant à lui, décrit la situation dans le domaine des orthèses du pied et recommande des critères d'attribution pour la prise en charge de ce volet d'aides techniques jusqu'ici assumé par l'OPHQ.

Au cours de l'année, une autre étude a permis de faire le point sur les connaissances relatives au syndrome de la fibromyalgie et de cerner, en ce qui a trait à la clientèle ayant un diagnostic unique de fibromyalgie, les besoins en matière d'aides techniques en général, et d'aides à la mobilité en particulier. Des travaux ont été également amorcés pour rendre compte, de façon semblable, de la situation des clientèles ayant un diagnostic unique de maladie cardiovasculaire ou respiratoire.

Enfin, un comité sur les aides à la marche a siégé en vue de produire un avis sur cette catégorie d'aides devant faire l'objet d'un transfert de l'OPHQ à la RAMQ.

Présidé par M. J.-Auguste Mockle, le Conseil se compose de douze experts provenant de disciplines et de milieux diversifiés dont dix sont des membres réguliers : Paul Allard, Claude Autin, Richard Brousseau, André Charette, Clermont Dionne, Jean J. Frenette, Céline Lamarre, Roland Savard, Jacques Simard et Claude Vézina. Deux sont des membres d'office, Rachel Ruest du Ministère, et Jocelyne Tremblay de la RAMQ.

### **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, d'agir en tant que maître d'œuvre pour ses propres réalisations et d'assurer la gestion financière et le financement à court et à long terme des besoins du réseau de la santé et des services sociaux, notamment au regard des immobilisations et du développement informationnel.

La Corporation détient, pour le bénéfice des établissements de la santé et des services sociaux, un parc immobilier de 190 immeubles, d'une valeur aux livres de 912 000 000 \$, dont elle assure le financement. Elle effectue également la gestion courante d'une partie de ce parc immobilier.

De plus, à la suite d'une modification à la Loi sur les services de santé et des services sociaux, la CHQ est maintenant en mesure de garantir à une association reconnue par le Ministre l'exécution de toute obligation à laquelle elle est tenue dans le cadre de la gestion d'une franchise afférente à un contrat d'assurance négociée et conclue à l'avantage de ses membres.

La CHQ est présidée par M<sup>me</sup> Cécile Cléroux, sous-ministre adjointe de la Direction générale de l'administration et des immobilisations. Ses membres sont : Lucie Dionne, John Gauvreau, Michel Salvas et Thong Tran Van.

La CHQ produit annuellement un rapport de ses activités au 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 antérieurement 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 23 membres. Trois sont permanents : M. Roch Rioux, qui a agi comme président jusqu'au moment de sa retraite survenue à l'automne 1996 ; M. Lucien LeBlanc, qui a présidé par intérim la Commission jusqu'à la fin du mois de mars 1997, date à laquelle M. Mathieu Proulx a été nommé président ; et M. Guy Parrot qui a siégé à titre d'avocat et de président-délégué. Ils sont assistés de seize psychiatres : Jean-Marie Albert, Philip R. Beck, Dominique Bédard, Michèle Bélanger, Terrence S. Callanan, René Deschamps, Frédéric Grunberg, Pierre Hélie, Jean Imbeault, Jacques Labrie, Jules Lambert, Pierre Martel, Louis Morissette, Marie-Carmen Plante, Louis Roy et Jacques St-Hilaire ; d'un neuropsychologue, Pierre Carpentier, et de trois psychologues, Louise Blain, Marcel Courtemanche et Lionel Lambert.

Le personnel administratif du CQE se compose de quatre personnes occupant un poste permanent et d'une personne occupant un poste occasionnel.

La Loi sur la justice administrative, sanctionnée le 16 décembre 1996, prévoit que la Commission d'examen sera rattachée au Tribunal administratif du Québec. La date d'entrée en vigueur de ces modifications sera contenue dans la Loi sur l'application de la Loi sur la justice administrative qui est actuellement à l'étude à l'Assemblée nationale.

### **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 l'élaboration de stratégies d'intervention auprès du personnel professionnel de la santé pour favoriser une utilisation optimale des médicaments qui privilégient le meilleur traitement possible au moindre coût. Au cours de l'année financière 1996-1997, les travaux publiés par les groupes de spécialistes en matière d'utilisation appropriée des médicaments ont permis au CCP d'actualiser son mandat.

Conformément à une entente intervenue avec le FRSQ, le CCP participe également à l'attribution de subventions d'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 1997 sont M. Juan Roberto Iglesias, président, Luc Deschênes, vice-président, Marc A. Bois, André Bonin, Yves Dugré, Marie Girard, Catherine Hankins, David Hehlen, Joëlle Lescop, Jean-Marc Maloney, Michel Maziade, André Munger et Marie Pineau.

Les autres membres sans droit de vote et nommés par le ministre sont : Brigitte Bernard, Michel Brunet, Martin Gamache, François Simard et Robert Tremblay. Le 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 quatorze membres, soit : M. Michel A. Bureau, président, Samuel O. Freedman, vice-président, Pierre Boyle, directeur général, Margaret R. Becklake, Hugues Cormier, Jean-Claude Forest, Nicole Gallo-Payet, Marielle Gascon-Barré, 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, et ce, en fonction :

- des besoins d'infrastructure dans un contexte de compétition nationale et internationale ;
- des besoins du Québec en milieu de 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 regroupant l'ensemble des partenaires susceptibles d'apporter une contribution par leur discipline ou leur approche en recherche en santé.

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 ;
- les programmes de subventions ;
- les programmes de développement industriel et commercial des applications de la recherche en santé.

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 est un organisme de planification et d'évaluation qui a pour mandat principal de travailler au développement et à l'ajustement des grandes orientations du Québec en santé mentale.

Durant l'année qui vient de s'écouler, le CSMQ a entrepris son douzième cycle de production et poursuivi la réalisation de divers projets amorcés l'an dernier incluant un travail sur l'évaluation des besoins de la population en santé mentale et un autre sur les coupures, la reconfiguration des services et le virage en santé mentale. À cela se sont ajoutés d'autres travaux portant notamment sur :

- la protection des personnes atteintes de maladie mentale ;
- les mesures d'exception à la Loi sur l'assurance-médicaments pour les personnes atteintes de troubles mentaux ;
- l'évaluation du degré de satisfaction des usagers et des usagers, de leurs proches et des personnes du réseau à l'égard des services de santé

mentale (en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé) ;

- les jeunes adultes et la santé mentale (en lien avec le niveau élevé de détresse psychologique révélé dans ce groupe d'âge par la dernière enquête de Santé-Québec) ;
- les nouvelles structures familiales et la santé mentale ;
- la concertation intersectorielle en santé mentale.

Enfin, le Comité a procédé au lancement du document vidéo *Vieillir c'est grandir* et travaillé à sa diffusion auprès des groupes et des organismes susceptibles d'être intéressés par sa thématique.

Le CSMQ est dirigé par les personnes suivantes : M. 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 produit périodiquement un rapport de ses activités au ministre.

### **Le Commissaire aux plaintes (CP)**

Nommé pour un mandat de cinq ans par le gouvernement du Québec en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Commissaire aux plaintes exerce les fonctions qui lui ont été confiées au sein du «régime d'examen des plaintes des usagers» depuis le 1<sup>er</sup> avril 1993. Constitué de trois paliers — soit les établissements, les régies régionales et le Commissaire —, ce régime situe l'intervention du Commissaire en dernière instance, c'est-à-dire lorsqu'une personne est insatisfaite des résultats de l'examen réalisé au cours des étapes qui ont précédé le cheminement de sa plainte concernant un établissement, un organisme communautaire, une ressource de type familial, une résidence privée d'hébergement agréée, une ressource du système préhospitalier d'urgence ou une régie régionale. Le Commissaire représente donc un recours ultime, indépendant des instances qui peuvent faire l'objet de plaintes. Il est doté des pouvoirs d'enquête et de recommandation nécessaires au règlement non contentieux des différends susceptibles de survenir entre les usagers et les usagers, d'une part, et l'une ou l'autre de ces instances, d'autre part.

Compte tenu des caractéristiques propres au régime et au mandat du Commissaire, celui-ci accueille et examine une fraction seulement des quelque 13 000 plaintes qui, bon an mal an, sont traitées par les établissements et par les régies régionales. Ainsi, une centaine de plaintes ont requis son attention au cours de l'exercice financier 1996-1997 : 87 d'entre elles ont reçu satisfaction avant le 31 mars

1997, les 12 autres étant en voie de traitement à cette date. Les conclusions rendues par le Commissaire ont porté sur 209 objets de plainte différents dont l'examen a révélé la nécessité, près d'une fois sur trois, de mesures correctives non établies avant l'intervention du Commissaire.

Aux plaintes jugées recevables par le Commissaire en 1996-1997 se sont ajoutées environ 2 000 demandes d'intervention, ce qui représente une augmentation d'environ 23 % par rapport au volume des demandes traitées au cours du précédent exercice financier. Pour une quatrième année consécutive depuis la mise en application du régime d'examen des plaintes, le Commissaire a enregistré une croissance importante des demandes d'assistance et des demandes d'information qui lui sont soumises en marge de son mandat principal, 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 disponibles, orientation, assistance dans les démarches pour porter plainte, avis professionnel, conciliation et, bien sûr, examen avant la procédure établie. L'analyse de l'ensemble des demandes d'intervention reçues par le Commissaire et des activités qu'elles ont engendrées 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 1996-1997 a aussi été fertile sur le plan des activités reliées à l'évaluation, à l'orientation et à la gestion d'ensemble du régime d'examen des plaintes. Mettant à profit les observations qui lui avaient été faites quant à l'exercice des responsabilités qui incombent aux différentes personnes en cause par le régime d'examen, le Commissaire a soumis au ministre des propositions visant aussi bien l'amendement de certaines dispositions législatives que l'analyse des enjeux auxquels ce régime doit faire face.

Pendant la dernière année, le Commissaire a collaboré à des activités destinées à affermir la cohésion du régime et à consolider le régime d'examen. Parmi ces activités, notons celles reliées à la diffusion d'un système d'information pour la gestion des plaintes et à la formation des organismes communautaires mandatés par le ministre pour assister et accompagner les usagers et les usagers qui désirent porter plainte.

Au cours du prochain exercice financier, le Commissaire entend insuffler un nouvel élan au régime d'examen des plaintes et consolider les acquis de ce dernier en accentuant sa présence auprès des partenaires du réseau par des communications plus diversifiées et soutenues. À cet effet, il souhaite rendre davantage visible l'analyse des plaintes portées à son attention, notamment par la publication d'un

bulletin faisant état des éléments qui ont motivé ses conclusions.

La fonction de Commissaire aux plaintes est assumée par M. Jean Francoeur.

### **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 depuis le 1<sup>er</sup> avril 1995 du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le CPLT a notamment pour rôle d'analyser la situation générale qui existe au Québec dans le domaine, de dégager l'évolution des déterminants et des méfaits, les nouveaux problèmes et les interventions que ceux-ci requièrent. 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 reliées à la toxicomanie.

Le CPLT est dirigé par les personnes suivantes : M<sup>me</sup> Louise Nadeau, présidente, Delfino Campanile, Serge Gascon, Lise Roy et Jean Sylvestre. La composition du CPLT est habituellement de neuf membres, quatre postes étaient en attente de désignation en mars 1997.

Le CPLT produit un rapport d'activité au ministre.

## **Annexe II**

### **Les lois et règlements qui relèvent 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 des aînés, C-57.01** (jusqu'en janvier 1996)

#### **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 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 applicables de préretraite et sur l'indemnité de retraite 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 la procédure de désignation des membres d'une assemblée régionale ;



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 des régies régionales et des établissements publics de santé et de services sociaux ;

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 les dispositions transitoires de la Loi sur les services de santé et les 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 certains 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 conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments ;

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 la rémunération différente pour les médecins spécialistes durant les premières années d'exercice de leur spécialité ;

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, 1996, chapitre 32**

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-médicaments ;

Règlement sur le régime général d'assurance-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 du malade mental, P-41**

Règlement d'application de l'article 27 de la Loi sur la protection du malade mental.

### **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.

**Loi sur l'assurance-hospitalisation, A-28**

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

**Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics, P-38.01**

**Loi sur les inhumations et les exhumations, I-11**

**Loi sur les cimetières non catholiques, C-17**

**Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux, M-1.1**

### Annexe III

## Ministère de la Santé et des Services sociaux

### La gestion ministérielle des ressources humaines

Au 31 mars 1997 pour l'ensemble des ressources humaines du Ministère et des différents organismes qui s'y rattachent, on compte 803 postes occupés, répartis comme suit :

#### Postes occupés au MSSS par direction générale et par organisme, selon le sexe, au 31 mars 1997.

Direction générale	Hors-cadres et cadres		Cadres inter-médiaires		Professionnels		Techniciens		PBTA et ouvriers		Total		Total général
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
Direction supérieure	6	2			19	10	1	2	3	25	29	39	68
Planification et évaluation	9	2			44	32	1	7	3	22	57	63	120
Santé publique	4	4			21	25	2	1	1	22	28	52	80
Coordination régionale	7	2			61	16		3	1	28	69	49	118
Relations professionnelles	7	2			37	21	6	7		24	50	54	104
Administration et immobilisations	9	4	2	1	97	24	20	30	11	65	139	124	263
<b>Sous-total MSSS</b>	<b>42</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>279</b>	<b>128</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>19</b>	<b>186</b>	<b>372</b>	<b>381</b>	<b>753</b>
Commission québécoise d'examen	1				2			3			3	3	6
Conseil consultatif de pharmacologie					5	1			1	2	6	3	9
Commissaire aux plaintes	1					2		1			1	3	4
Conseil médical	1				2	1		1			3	2	5
Conseil de la santé et du bien-être	1				2		1	2		1	4	3	7
Conseil consultatif sur les aides technologiques					1	2				1	1	3	4
Conseil d'évaluation des technologies de la santé					2	3		1		1	2	5	7
Secrétariat du Conseil québécois de la recherche sociale		1			1	2				2	1	5	6
Secrétariat du Comité de la santé mentale					1					1	1	1	2
<b>Sous-total des organismes</b>	<b>4</b>	<b>1</b>			<b>16</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
<b>Total général</b>	<b>46</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>295</b>	<b>139</b>	<b>31</b>	<b>58</b>	<b>20</b>	<b>194</b>	<b>394</b>	<b>409</b>	<b>803</b>
<b>Pourcentage (%)</b>	<b>73</b>	<b>27</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>68</b>	<b>32</b>	<b>35</b>	<b>65</b>	<b>9</b>	<b>91</b>	<b>49</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Au cours de l'exercice financier 1996-1997, le Ministère a enregistré 97 affectations, 15 entrées en fonction et 111 départs. Le tableau suivant illustre les mouvements de personnel depuis les cinq dernières années :

**Nominations et départs pendant les années financières 1992-1993, 1993-1994, 1994-1995, 1995-1996 et 1996-1997**

<b>Mouvements</b>	<b>1992-1993</b>	<b>1993-1994</b>	<b>1994-1995</b>	<b>1995-1996</b>	<b>1996-1997</b>
Affectations	68	127	30	91	97
Nominations	8	6	5	3	0
Mutations depuis un autre ministère	12	44	20	9	15
<b>Total des entrées en fonction</b>	<b>20</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
Mutations vers un autre ministère	67	3	8	15	14
Transferts aux régies régionales	0	23	2	0	0
Démissions	4	9	3	2	1
Retraites	18	16	18	46	93
Congédiements	1	3	1	1	0
Décès	0	2	3	2	3
<b>Total des départs</b>	<b>90</b>	<b>56</b>	<b>35</b>	<b>66</b>	<b>111</b>
<b>Taux de mobilité</b> (% des départs sur effectif autorisé)	8	6	3,7	7,2	13,4

Composition typographique : Compélec inc.  
Achevé d'imprimer en novembre 1997  
sur les presses de l'imprimerie  
Laurentide inc. à Loretteville

