RAPPORT ANNUEL 2018-2019

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Votre gouvernement

Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

du ministère de la Santé
et des Services sociaux

2018-2019

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
Québec.ca

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019
Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN : 978-2-550-85120-2 (pdf)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2019

MESSAGE DES MINISTRES

Monsieur François Paradis
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le président,

Nous vous transmettons le *Rapport annuel de gestion 2018-2019* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ont travaillé, au cours de l'année, à améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services de santé et des services sociaux.

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

L'année financière 2018-2019 a notamment été marquée par des actions visant à reconnaître et à soutenir les proches aidants, dont la tenue d'une consultation sur la future politique nationale pour les personnes proches aidantes et l'annonce de l'ouverture prochaine de la Maison Gilles-Carle, à Boucherville. De plus, de nouveaux services sont maintenant offerts à nos jeunes. D'une part, le concept de prestation de services destinés aux jeunes de 12 à 25 ans, appelés Aire ouverte, vise à mieux répondre à leurs besoins. D'autre part, le déploiement du programme Agir tôt permettra de faire en sorte que moins de jeunes commencent l'école avec un retard de développement.

Par ailleurs, le Québec peut maintenant compter sur 50 groupes de médecine de famille ayant une désignation réseau qui offrent des services de proximité à la population. Le déploiement des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées a quant à lui atteint un niveau optimal. Ces réseaux favorisent une meilleure intégration des soins et des services destinés à la population vieillissante ainsi que le maintien des personnes âgées dans leur communauté.

L'atteinte des objectifs, que ce soit par le MSSS ou par le RSSS, nécessite la contribution d'un personnel compétent et dévoué, auquel nous souhaitons témoigner notre reconnaissance pour son professionnalisme et sa précieuse collaboration.

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

Original signé

Danielle McCann
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Original signé

Lionel Carmant
Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux

Original signé

Marguerite Blais
Ministre responsable des Aînés et des
Proches aidants

MESSAGE DU SOUS-MINISTRE

Madame Danielle McCann
Ministre de la Santé et des Services sociaux

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

Madame Marguerite Blais
Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants

Madame la Ministre,
Monsieur le Ministre délégué,
Madame la Ministre responsable,

Nous vous transmettons le *Rapport annuel de gestion 2018-2019* du MSSS pour l'exercice qui a pris fin le 31 mars 2019.

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

Le présent document contient une déclaration de la direction du MSSS relativement à la fiabilité des informations qui y sont présentées. La validation des résultats de la partie 2 a été effectuée par la Direction de l'audit interne, à la demande du Comité ministériel d'audit.

Par ailleurs, nous tenons à souligner la compétence et le professionnalisme du personnel du MSSS ainsi que du RSSS, et nous saluons son dévouement indéfectible pour le bien-être et la santé de l'ensemble des Québécoises et Québécois.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, Monsieur le Ministre délégué, Madame la Ministre responsable, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Original signé

Yvan Gendron
Sous-ministre

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS IX

LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX XI

LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA DIRECTION DE L'AUDIT INTERNE XIII

LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE FINANCIÈRE 2018-2019 1

PARTIE 1 LE MSSS ET LE RSSS 5

Le RSSS en 2018-2019 9

PARTIE 2 LES RÉSULTATS 11

2.1 Le Plan stratégique 2015-2020 11

2.2 Le Plan d'action de développement durable 2016-2020 41

2.3 La Déclaration de services aux citoyens 57

PARTIE 3 L'UTILISATION DES RESSOURCES 63

3.1 Les ressources humaines 63

3.2 Les ressources budgétaires et financières du MSSS 74

3.3 Les ressources informationnelles 80

PARTIE 4 L'APPLICATION D'EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES 83

4.1 L'égalité entre les femmes et les hommes 83

4.2 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels 85

4.3 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration 86

4.4 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé 87

4.5 Le suivi des ententes d'inscription des médicaments sur la liste dressée en vertu de l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux 89

4.6 Les allègements administratifs et législatifs 94

4.7 La divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics 95

4.8 Plan d'action 2018-2020 : Stratégie gouvernementale pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 96

PARTIE 5 LES RÉALISATIONS DU SECRÉTARIAT AUX AÎNÉS 101

ANNEXE I LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DU MSSS AU 31 MARS 2019 106

ANNEXE II LOIS DONT LA RESPONSABILITÉ DE L'APPLICATION RELÈVE, PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT, DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 108

ANNEXE III BILAN DES RÉALISATIONS PAR RAPPORT AU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020 110

LISTE DES ABRÉVIATIONS

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

LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de la Direction du ministère de la Santé et des Services sociaux. La responsabilité de celle-ci porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au long de l'exercice financier, la direction a eu recours à des systèmes d'information et à des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer le suivi de l'atteinte des objectifs fixés.

De plus, la Direction de l'audit interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications servant à la présentation de ces résultats et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion du MSSS ainsi que les contrôles afférents à ce rapport sont fiables. Elle correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.

Les membres du comité de direction, en date du 9 septembre 2019.

Original signé

Yvan Gendron
Sous-ministre

Original signé

Lyne Jobin
Sous-ministre adjointe
Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés

Original signé

Horacio Arruda
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la santé publique

Original signé

Lucie Opatrny
Sous-ministre adjointe
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Original signé

Christian Barrette
Sous-ministre adjoint
Secrétariat aux aînés

Original signé

Pierre Lafleur
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la coordination, de la planification, de la performance et de la qualité

Original signé

Pierre-Albert Coubat
Sous-ministre adjoint
Direction générale du financement, de l'allocation des ressources et du budget

Original signé

Luc Desbiens
Sous-ministre adjoint
Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement

Original signé

Vincent Lehouillier
Sous-ministre adjoint
Direction générale du personnel réseau et ministériel

Original signé

Luc Bouchard
Sous-ministre associé
Direction générale des technologies de l'information

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Québec, septembre 2019

LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA DIRECTION DE L'AUDIT INTERNE

Monsieur le Sous-Ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contiennent les sections exposant les résultats au regard du *Plan stratégique 2015-2020*, du *Plan d'action de développement durable 2016-2020*, de la Déclaration de services aux citoyens et de l'annexe III du rapport annuel de gestion du MSSS pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2019. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du MSSS.

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

Nous avons fait cet examen en nous inspirant des normes internationales sur la pratique professionnelle de l'audit interne établies par l'Institut de l'audit interne (The Institute of Internal Auditors). Les travaux ont consisté essentiellement à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter de l'information fournie. Notre examen ne constitue pas un audit.

Au terme de notre examen, nous n'avons rien relevé qui nous porterait à croire que l'information contenue dans les quatre sections mentionnées plus haut n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de l'audit interne,

Original signé

Isabelle Savard
Directrice

Bureau du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2019

LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE FINANCIÈRE 2018-2019

1. Nouveaux services offerts aux jeunes de 12 à 25 ans

En 2018-2019, un nouveau concept pour la prestation des services destinés aux jeunes de 12 à 25 ans, appelé Aire ouverte, a été lancé afin de mieux répondre aux besoins de ceux-ci. Aire ouverte, mis en œuvre pour et avec les jeunes, s'adresse à une clientèle reconnue comme étant plus susceptible d'adopter des comportements à risque et de vivre certains problèmes en matière de santé mentale, de dépendance, de sexualité ou d'adaptation sociale. Non traités, ces problèmes peuvent avoir des répercussions à court, à moyen et à long termes sur la santé des personnes, en touchant leur vie personnelle, scolaire ou professionnelle, ainsi que sur la société en général.

Aire ouverte mise sur une approche repensée d'intervention auprès des jeunes. Trois points de services ont été ouverts en 2018-2019. En plus d'être situés dans des lieux accessibles aux jeunes, ils offrent divers services ayant trait notamment à la santé mentale et à la santé sexuelle, et d'autres services liés aux études ou au marché de l'emploi. Aire ouverte se veut avant tout un concept évolutif; il sera donc appelé à s'adapter aux besoins concrets des jeunes, à la lumière de leurs commentaires et de ceux de l'ensemble du milieu.

2. Lancement du programme Agir tôt visant le dépistage et la prise en charge précoce des difficultés ou des retards de développement ainsi que l'intervention auprès de ces enfants avant leur entrée à la maternelle

Le programme Agir tôt repose sur le déploiement, à l'échelle du Québec, d'une plateforme informatique à laquelle la population aura accès et qui regroupera des questionnaires sur le développement de l'enfant de 0 à 5 ans aux fins du dépistage de difficultés et de retards. À partir des réponses à ces questionnaires, l'enfant pourra être orienté plus rapidement vers les services appropriés à ses besoins et être rencontré le plus tôt possible par une équipe multidisciplinaire.

Le 31 janvier 2019, a été annoncée la mise en œuvre de mesures destinées tant à améliorer le dépistage et la prise en charge précoce des difficultés ou des retards de développement chez les enfants qu'à rehausser l'ensemble des services nécessaires à l'intervention auprès de ces derniers et de leur famille. Ces mesures s'inscrivent dans le cadre de l'initiative gouvernementale Agir tôt, dont l'objectif est de permettre à chaque enfant de développer son plein potentiel.

Ce programme prévoit aussi des investissements significatifs pour renforcer les équipes d'intervention des programmes Jeunes en difficulté et Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme afin de réduire les temps d'attente avant que les jeunes qui y sont admissibles n'aient accès aux services.

3. Tenue du Forum sur les meilleures pratiques : usagers, CHSLD et soutien à domicile

Le Forum sur les meilleures pratiques : usagers, CHSLD et soutien à domicile a eu lieu les 14 et 15 mai 2018. Cet événement s'inscrit dans une démarche globale visant à améliorer l'organisation des soins et des services offerts à la population du Québec, tant en soins de longue durée qu'à domicile.

Le Forum a permis de rappeler l'importance de l'amélioration continue des pratiques, que ce soit à domicile ou dans les CHSLD. Il a aussi fourni l'occasion de présenter les meilleures pratiques utilisées, avec la collaboration des comités réunissant des usagers ou des résidents des établissements qui forment le RSSS.

4. Autorisation d'un nouveau mode de traitement en cancérologie : la thérapie par lymphocytes T porteurs de récepteurs antigéniques chimériques (CAR T-cell)

La thérapie cellulaire CAR T-cell, un nouveau type d'immunothérapie, est indiquée dans le traitement de leucémies et de lymphomes. L'ajout de cette thérapie constitue une innovation importante dans les soins offerts aux personnes atteintes de cancer et le Québec joue un rôle de leader dans l'essor de ce mode de traitement puisque des quatre centres ciblés au Canada pour offrir ce traitement, deux sont situés au Québec.

5. Mise en place du réseau de cancérologie des sarcomes musculo-squelettiques

Le réseau de cancérologie des sarcomes musculosquelettiques a été créé en 2018 afin d'assurer une meilleure prise en charge des personnes atteintes de ce type de cancer. Les trois établissements désignés pour l'implantation de ce nouveau réseau de cancérologie surspécialisé contribueront à assurer un accès rapide aux patients de toutes les régions du Québec. En plus de définir les normes d'accès au réseau et les critères de qualité, ils élaboreront des outils cliniques tels que des algorithmes concernant la détection, l'investigation et le traitement des patients. Ils seront en outre responsables d'assurer le transfert des connaissances, de consolider les activités de recherche, de diffuser l'information pertinente et de faire connaître les projets de recherche en cours.

6. Mesures visant à encadrer la consommation du cannabis et à réduire les risques et les méfaits qui y sont liés

La Loi encadrant le cannabis (RLRQ, chapitre C-5.3) a été adoptée le 12 juin 2018. Elle vise principalement à réduire les risques et les méfaits du cannabis sur la santé et la sécurité des individus. En décembre 2018, un deuxième projet de loi, visant à améliorer l'encadrement du cannabis, a été présenté à l'Assemblée nationale.

Des outils de communication (campagne promotionnelle, site Web) ont été produits soit pour informer la population, soit pour soutenir l'encadrement de l'usage du cannabis dans le RSSS. Le Fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis, autorisé officiellement le 16 février 2019, permettra quant à lui notamment le financement de plusieurs activités relatives à la recherche et à la prévention des méfaits.

7. Ouverture des cliniques d'hiver

De janvier à mars 2019, les cliniques d'hiver ont permis à de nombreux citoyens, notamment ceux qui ne sont pas inscrits auprès d'un médecin de famille, d'avoir accès à des professionnels de la santé pour des situations non urgentes. Ce sont 28 916 patients qui ont consulté dans l'une ou l'autre des 71 cliniques d'hiver désignées au Québec.

Ainsi, en cas de symptômes de grippe, de gastro-entérite ou d'autres problèmes de santé qui nécessitent une consultation médicale, la population était invitée à se rendre à ces cliniques d'hiver ayant un horaire d'ouverture étendu, notamment en soirée et durant la fin de semaine, plutôt qu'à l'urgence. L'offre a été adaptée en fonction de la demande, de façon à répondre de manière optimale aux besoins dans les différentes régions.

8. Déploiement de la Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre

La Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre, publiée en juillet 2018, fait état des problèmes qu'engendre la consommation de ces substances. Elle présente les actions principales qui seront mises en œuvre afin de prévenir les surdoses d'opioïdes et, d'autre part, les moyens d'intervenir pour faire face à celles-ci lorsqu'elles surviennent, particulièrement dans le contexte illicite de la consommation de drogues.

Au total, 7 541 trousses de naloxone ont été remises, en 2018, par les pharmacies communautaires afin de prévenir les surdoses d'opioïdes, y répondre et réduire les méfaits qui y sont associés. Depuis le mois de mars 2019, cinquante organismes communautaires, répartis dans neuf régions sociosanitaires, offrent ces trousses aux populations vulnérables. De plus, des campagnes de communication ont été menées et des formations sur l'administration de la naloxone sont désormais offertes au personnel du RSSS, aux pharmaciens communautaires ou d'hôpitaux, aux intervenants en sécurité publique ainsi qu'aux intervenants communautaires et à leurs pairs.

9. Déploiement du programme de soins buccodentaires pour les aînés résidant dans les CHSLD

Le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD vise à améliorer la santé buccodentaire des résidents par la mise en place de soins d'hygiène quotidiens de la bouche, de soins buccodentaires préventifs et curatifs ainsi que des services de confection ou de réparation des prothèses amovibles. Le dentiste, le denturologiste et l'hygiéniste dentaire apportent leur soutien à l'équipe de soins en offrant une gamme de services buccodentaires. Un cadre de référence et des outils d'information à l'intention des professionnels ont été diffusés. Des activités de formation et de soutien sont également offertes aux professionnels.

10. Lancement du *Plan d'action 2018-2023 : Un Québec pour tous les âges*

À la suite d'une vaste démarche de consultation, un deuxième plan d'action fut élaboré dans le but de poursuivre la mise en œuvre des orientations contenues dans la politique gouvernementale Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec. Ainsi, le *Plan d'action 2018-2023 : un Québec pour tous les âges* a été rendu public le 4 juin 2018. Il comporte 85 mesures favorisant la participation des aînés à la société et leur permettant de bien vieillir en santé dans leur communauté ainsi que de vivre dans des environnements sécuritaires et accueillants.

11. Lancement du programme pour la prévention et le traitement des séquelles buccodentaires chez les enfants à la suite d'un cancer

Avant l'âge adulte, le cancer et ses traitements, comme la chimiothérapie ou la radiothérapie, peuvent affecter le développement des dents et de la mâchoire. Le nouveau Programme de soins buccodentaires en oncologie pédiatrique a été annoncé en janvier 2019. Il offre depuis le 1er avril des services buccodentaires aux personnes ayant reçu un diagnostic de cancer avant l'âge de 18 ans, en fonction des besoins qui peuvent survenir pendant la période de traitement de même que lors de l'apparition des séquelles, qui peuvent survenir plusieurs années après la fin des traitements. Ce programme est administré en partenariat avec le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

12. L'élargissement de la couverture au médicament Spinraza[MC]

Depuis le 18 décembre, les personnes atteintes des types II et III de l'amyotrophie spinale 5q (AS) pourront désormais avoir accès au médicament Spinraza[MC]. Cette décision fait suite à une recommandation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux d'ajouter une indication reconnue à Spinraza[MC] sur la Liste des médicaments – Établissements pour le traitement des enfants atteints d'AS présymptomatique et de modifier l'indication reconnue pour le traitement des personnes atteintes d'AS 5q du type I pour y inclure le type II et le type III de la maladie. Une telle mesure était très attendue par les patients et leur famille, dans l'ensemble du Canada, et le Québec est la première province à la mettre en œuvre.

PARTIE 1

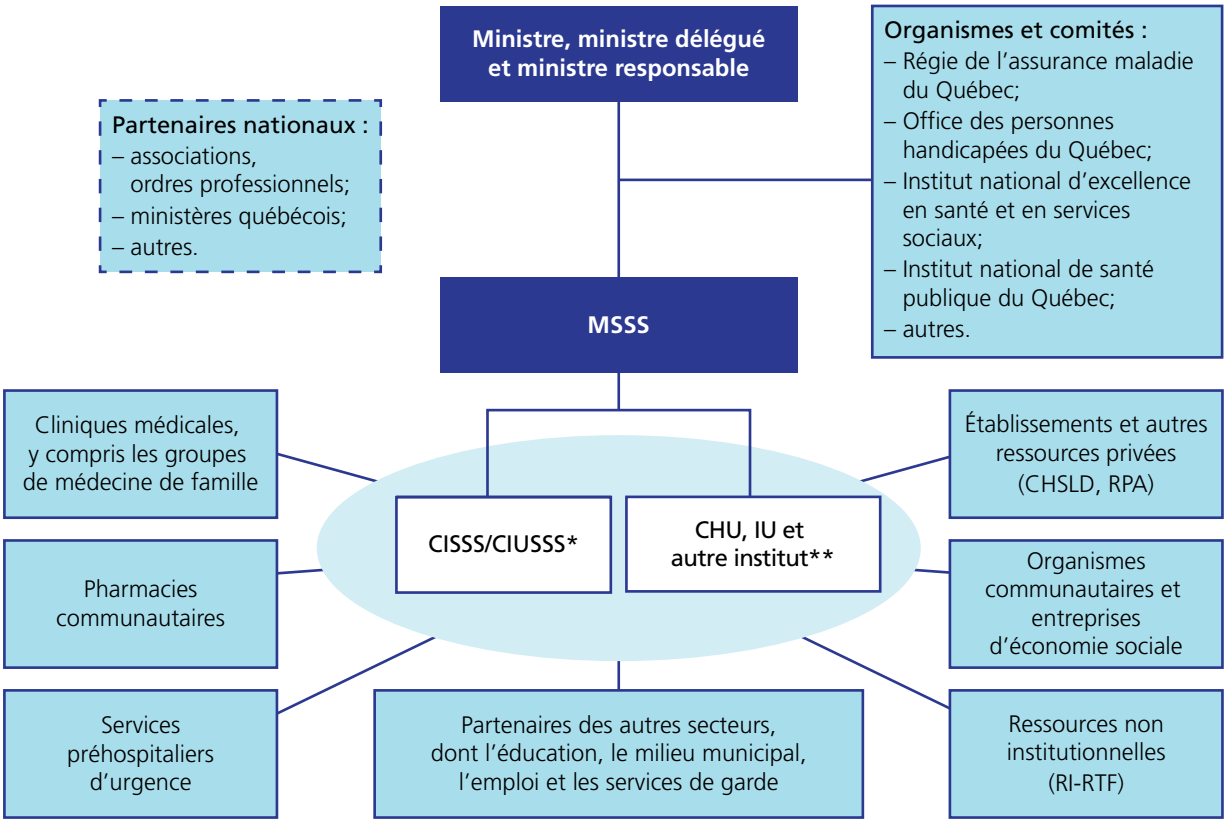
LE MSSS ET LE RSSS

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

La mission

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

Structure du système de santé et de services sociaux



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

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

** Les sept établissements non fusionnés suivants sont rattachés au MSSS et offrent des services spécialisés et surspécialisés au-delà de leur région sociosanitaire d'appartenance : CHU de Québec – Université Laval; Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval; Centre hospitalier de l'Université de Montréal; Centre universitaire de santé McGill; Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; Institut de cardiologie de Montréal; Institut Philippe-Pinel de Montréal.

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

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

En fonction de sa mission, le MSSS a comme rôle premier de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux, et il veille à leur application. Le MSSS doit en outre exercer les fonctions nationales de santé publique, assurer la coordination interrégionale des services, s'assurer que les mécanismes de coordination des services entre les établissements sont fonctionnels, répartir équitablement les ressources – financières, humaines et matérielles – et voir au contrôle de l'utilisation de celles-ci. De plus, il évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Enfin, il peut proposer à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les conditions qui favorisent la santé et le bien-être de la population.

La structure administrative au 31 mars 2019

Le MSSS est dirigé par un sous-ministre; il se compose de trois directions supérieures et de neuf directions générales, qui reflètent ses principaux domaines d'activité. L'organigramme du MSSS figure à l'annexe I et sa version électronique est consultable au www.msss.gouv.qc.ca.

Les lois dont la responsabilité de l'application relève de la ministre de la Santé et des Services sociaux se trouvent à l'annexe II et sur le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca.

Les organismes et les entités relevant de la ministre

Des organismes et d'autres entités liés au domaine de la santé et des services sociaux relèvent de la ministre, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'Office des personnes handicapées du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec ainsi que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Les coordonnées et autres informations relatives à ces organismes peuvent être obtenues sur le site Web du MSSS, au www.msss.gouv.qc.ca/ministere/organisme.php.

Quelques données sur les effectifs du MSSS et du RSSS

La main-d'œuvre du MSSS et du RSSS représente environ 6,8 % de la population active du Québec. Au 31 mars 2018, on comptait :

- 1 042 cadres, professionnels et fonctionnaires au MSSS ainsi qu'au Commissaire à la santé et au bien-être, et 1 752 cadres, professionnels et fonctionnaires à la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- 275 352 employés (cadres ou salariés) dans les établissements publics ou privés conventionnés, soit :
  - 199 786 personnes affectées aux programmes-services, notamment 117 596 infirmières, infirmières auxiliaires ou préposés aux bénéficiaires et 61 316 techniciens ou professionnels de la santé et des services sociaux,
  - 75 566 personnes affectées aux programmes-soutien ou membres du personnel d'encadrement.

De plus, en 2017-2018, 31 640 professionnels ont reçu une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec, dont 9 260 médecins omnipraticiens et 10 402 médecins spécialistes.

Le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)

Le MSSS exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec 22 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ci-après appelés « centres intégrés ». Ceux-ci veillent à la planification et à l'organisation des services sur leur territoire respectif et se préoccupent de la participation de la population à la gestion du réseau, de la santé publique, de l'allocation budgétaire et de l'accès aux services, notamment pour les groupes de population les plus vulnérables. Les CISSS et les CIUSSS partagent avec des partenaires territoriaux une responsabilité collective à l'égard d'une offre de services intégrés correspondant aux besoins de la population du territoire et visant à favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population. Ainsi, d'autres acteurs contribuent à la réalisation de la mission du système québécois de santé et de services sociaux, tel que les cliniques médicales, les organismes communautaires et d'autres acteurs (ex. : entreprises d'économie sociale en aide domestique, pharmacies

communautaires). En outre, le RSSS compte trois autorités régionales[1], soit le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Les établissements

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

Au 31 mars 2019, le RSSS comptait 142 établissements : 51 étaient publics et 91, privés (dont 39 privés et conventionnés). Ces établissements gèrent 1 609 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 51 établissements publics du RSSS sont administrés par 34 présidents-directeurs généraux ou directeurs généraux. Ils incluent tous les centres intégrés, les établissements regroupés et les autres établissements qui ne sont ni fusionnés ni regroupés.

Chacun des 22 centres intégrés est un établissement issu d'une fusion, au 1er avril 2015, de tous les établissements publics d'une même région sociosanitaire, ou d'une partie de ceux-ci, et de l'agence de la santé et des services sociaux, le cas échéant. De ces 22 centres intégrés, 9 peuvent utiliser dans leur nom le mot *universitaire* parce qu'ils se trouvent dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou parce qu'ils exploitent un centre désigné comme institut universitaire dans le domaine social. Quant aux 29 autres établissements publics, ils se répartissent ainsi :

- 4 centres hospitaliers universitaires (CHU), 2 instituts universitaires et 1 institut non fusionné à un centre intégré, tous rattachés au MSSS et offrant des services spécialisés et surspécialisés au-delà de leur région sociosanitaire d'appartenance, soit :
  - le CHU de Québec – Université Laval;
  - l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval;
  - le Centre hospitalier de l'Université de Montréal;
  - le Centre universitaire de santé McGill;
  - le CHU Sainte-Justine;
  - l'Institut de cardiologie de Montréal;
  - l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel;
- 5 établissements publics qui desservent une population nordique ou autochtone;
- 17 établissements publics regroupés avec un centre intégré. Ces établissements n'ont pas fait l'objet d'une fusion avec d'autres établissements en vertu de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2), mais ils sont administrés par le conseil d'administration du centre intégré avec quel ils sont regroupés.

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

En plus des services offerts par les établissements publics, la population bénéficie des services des établissements privés, qui offrent notamment de l'hébergement et des soins de longue durée.

1 La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a aboli les agences de la santé et des services sociaux. Cependant, les autres autorités régionales n'ont pas été visées par cette loi et continuent à jouer un rôle dans leur région respective.

Les partenaires du domaine sociosanitaire

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

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

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

L'organisation en bref

Le RSSS en 2018-2019

309 786
employés

717
ambulances

147 050
personnes desservies en soin à domicile de longue durée

22
CISSS/CIUSSS

1 611 855
appels répondus à Info-santé et Info-social

38,5 G$
en budget de dépenses

1 791
résidences privées pour aînés

7
CHU, IU et autres instituts

91
établissements privés

3,8 M
visites à l'urgence

834 697
hospitalisations

1 609
installations ou lieux physiques

19 662
médecins omnipraticiens et spécialistes

6,1 M
visites pour consultation médicales en établissement

1 859
ressources intermédiaires
ex. : appartements supervisés

1 413
cliniques médicales et
342
GMF

1 902
pharmacies

512 368
interventions chirurgies avec hospitalisation et chirurgies d'un jour

7 812
ressources de type familial
ex. : familles d'accueil

50
GMF-R

3 628
organismes communautaires

101
entreprises d'économie sociale en aide domestique

PARTIE 2

LES RÉSULTATS

La deuxième partie traite des résultats obtenus en 2018-2019 au regard des engagements ciblés dans le *Plan stratégique 2015-2020, le Plan d'action de développement durable 2016-2020* et la Déclaration de services aux citoyens[2].

2.1 LE PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020

La présente section fait état des résultats relatifs aux 22 objectifs du *Plan stratégique 2015-2020* du MSSS. Les résultats y sont regroupés en fonction des trois enjeux de ce plan.

Les renseignements ayant une portée nationale ont été fournis directement par le MSSS ou sont tirés de la compilation des données recueillies dans le RSSS. Pour prendre connaissance des résultats propres à un établissement, il faut consulter son rapport annuel de gestion.

Des cibles annuelles nationales 2018-2019 ont été déterminées à partir des engagements annuels des établissements, tels qu'ils ont été convenus et inscrits dans les ententes de gestion et d'imputabilité (EGI)[3], afin de mieux apprécier la progression des résultats vers l'atteinte des cibles finales du plan stratégique.

Pour certains indicateurs, il n'est pas possible de transmettre des engagements annuels aux établissements, car les informations sont disponibles pour l'ensemble du Québec uniquement. Conséquemment, les cibles 2018-2019 pour ces indicateurs ont été identifiées comme « non déterminées », afin de demeurer en cohérence avec la méthode utilisée pour établir les cibles 2018-2019.

Les informations qui concernent le Secrétariat aux aînés sont traitées dans la partie 5.

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

2. Les données relatives aux régions sociosanitaires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses dans le présent rapport, à moins d'indication contraire, car les caractéristiques sociosanitaires et administratives de ces deux régions exigent la prestation de services distincts dont le suivi ne peut se faire au moyen des indicateurs utilisés dans les autres régions.

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

ENJEU 1

DE NOUVEAUX GAINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DE LA POPULATION

ORIENTATION 1

Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé

AXE : Habitudes de vie

OBJECTIF 1 Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie afin d'éviter les maladies chroniques et les cancers

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Proportion de fumeurs actuels de 12 ans ou plus	18,1 %[1]	18,3 %[2]	Non déterminée	16 %

1. Ce résultat couvre l'année civile 2016 et provient de données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).
2. Ce résultat couvre l'année civile 2017 et provient de données tirées de l'ESCC.

Mise en contexte

Il est important d'agir afin de diminuer les conséquences néfastes du tabagisme pour les individus. En plus d'entraîner notamment l'accoutumance et la dépendance, le tabagisme diminue l'espérance de vie des fumeurs. La fumée de tabac nuit aussi à la santé des non-fumeurs lorsqu'ils y sont exposés.

Explication du résultat et de l'écart

Pour l'année financière 2018-2019, la proportion des fumeurs de 12 ans ou plus s'établit à 18,3 % de la population québécoise (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC] 2017). Cette donnée ne présente pas de différence significative par rapport au résultat de l'exercice financier 2017-2018, qui était de 18,1 % (ESCC 2016). Elle se situe tout de même près de la cible de 16 % à atteindre d'ici 2020, l'écart étant de 2,3 points de pourcentage.

Les principales actions du MSSS et du RSSS ont porté sur la prévention du tabagisme chez les jeunes, les services d'aide à l'abandon du tabac et la protection contre la fumée de tabac dans l'environnement. L'enveloppe budgétaire allouée à la lutte contre le tabagisme a été répartie de façon à soutenir des stratégies diverses et complémentaires, déployées en synergie. À titre d'exemple, des services de counseling individuel et de groupe en cessation tabagique, des visites dans les milieux cliniques, des activités de promotion de la cessation tabagique organisées dans les milieux communautaires et les milieux de travail ainsi que l'adoption de politiques sans fumée par des établissements collégiaux, universitaires ou du RSSS sont venus appuyer les campagnes sociétales (« Famille sans fumée », « Défi J'arrête, j'y gagne ! », « Semaine pour un Québec sans tabac », « De Facto : la vérité sans filtre », « Fumer c'est dégueu », etc.) menées dans divers milieux. Les efforts visant la réduction de la consommation de tabac se poursuivent, notamment par l'application des différentes mesures prévues par la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2.).

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2018-2019	Cibles 2020
Proportion de la population de 12 ans ou plus consommant 5 fois ou plus de fruits et légumes par jour	38 %[1]	35 %[2]	Non déterminée	50 %
Proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports	56 %[1]	55 %[2]	Non déterminée	51 %

1. Ce résultat couvre l'année civile 2016 et provient de données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).
2. Ce résultat couvre l'année civile 2017 et provient de données tirées de l'ESCC.

Mise en contexte

L'adoption de saines habitudes alimentaires et d'un mode de vie physiquement actif constitue un facteur de protection contre l'excès de poids et les maladies chroniques qui y sont associées. Favoriser les saines habitudes de vie implique d'intervenir dans différents milieux en vue d'aider les personnes à faire des choix sains au quotidien.

Explication des résultats et des écarts

Pour l'année financière 2018-2019, la proportion de la population de 12 ans ou plus consommant cinq fois ou plus de fruits et légumes par jour est de 35 % (ESCC 2017), soit une diminution par rapport au résultat de 38 % calculé pour l'exercice précédent (ESCC 2016). Il faudra donc consentir d'autres efforts à plus long terme pour atteindre la cible de 50 %, vu le temps nécessaire pour faire changer les comportements au sein de la population.

Quant à la proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports, elle s'élève à 55 % (ESCC 2017), par rapport à celle de 56 % calculée pour 2017-2018 (ESCC 2016). Ces deux résultats dépassent la cible de 51 % fixée pour 2020.

Plusieurs actions sont menées en concertation avec les divers acteurs du milieu sociosanitaire, tant au sujet de la saine alimentation qu'au sujet du mode de vie physiquement actif. Elles permettent aux organismes nationaux ainsi qu'aux ministères de coordonner leurs efforts et de concevoir des projets portant, par exemple, sur le développement moteur chez les jeunes, le mode de vie physiquement actif en milieu scolaire, les normes sociales en alimentation ou l'alimentation des enfants. Le plan d'action interministériel de la Politique gouvernementale de prévention en santé appuie de nombreuses initiatives visant à rendre la pratique d'activité physique plus accessible aux populations vulnérables. En outre, des programmes visant le développement des connaissances et des compétences des jeunes en matière de saine alimentation ou faisant la promotion de l'eau comme boisson quotidienne se déploient dans les écoles, en particulier dans les milieux défavorisés. L'ensemble de ces réalisations contribue à l'adoption d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif par les jeunes et par la population en général.

Les établissements du RSSS ont multiplié les initiatives pour promouvoir les occasions de manger sainement et de bouger tous les jours, et ce, dans divers milieux. Certaines interventions sont adaptées aux populations défavorisées. Les écoles, les camps de jour, les municipalités, les services de garde éducatifs à l'enfance et les milieux de travail constituent autant de lieux d'intervention privilégiés.

AXE : Prévention des infections

OBJECTIF 2 Accroître la vaccination grippale chez les malades chroniques

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Taux de vaccination chez les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé	Non disponible	19 %[1]	80 %	80 %

1. Ce résultat couvre la saison grippale 2017-2018.

Mise en contexte

Après une grippe, les personnes âgées de 18 à 59 ans ayant une maladie chronique courent un plus grand risque de développer des complications (pouvant mener à l'hospitalisation et même au décès) que les personnes en bonne santé.

Explication du résultat et de l'écart

Le taux de vaccination chez les malades chroniques est estimé à partir d'une enquête populationnelle effectuée tous les deux ans. Les dernières données disponibles couvrent la saison grippale 2017-2018. Au terme de cette saison, parmi les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé, à peine une personne sur cinq (19 %) aurait reçu le vaccin contre la grippe. Ce résultat représente une diminution de 5 points de pourcentage par rapport au résultat de 24 % rapporté dans l'enquête qui couvrait les années 2015-2016. Par ailleurs, un écart important de 61 points de pourcentage s'observe entre le résultat de la dernière enquête et la cible de 80 % inscrite dans le *Plan stratégique 2015-2020*.

Les principales raisons de la non-vaccination contre la grippe sont : une faible perception de la vulnérabilité à la grippe ou de la sévérité de la maladie, le manque d'intérêt ou de temps, la peur des effets secondaires et l'existence de contre-indications. Ces raisons expliquent en partie l'écart entre le résultat observé en 2017-2018 et la cible fixée pour 2020. La promotion de la vaccination contre la grippe auprès des associations de malades chroniques, par l'entremise de leurs différents outils de communication (bulletins, sites Web), se poursuit. Les messages de la campagne de communication prévue à l'occasion de la campagne de vaccination 2019-2020 seront encore axés sur les maladies chroniques.

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

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	43 325 (augmentation de 41 %)[1]	47 603 (augmentation de 55 %)[1]	40 721 (augmentation de 33 %)[1]	35 221 (augmentation de 15 %)[1]

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

Mise en contexte

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

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

Explication du résultat et de l'écart

Pour l'ensemble du Québec, en 2018-2019, 47 603 activités de dépistage des ITSS ont été menées auprès des jeunes de 15 à 24 ans. Les 4 278 activités de plus par rapport à l'année précédente représentent une augmentation de près de 10 %. En outre, treize des seize régions ont atteint la cible fixée pour 2019. La cible de 35 221 activités en 2020 avait été atteinte dès 2015-2016.

Au fil des ans, les établissements ont continué à mettre en place des mesures visant l'amélioration continue des services offerts pour le dépistage des ITSS chez les jeunes, qu'il s'agisse d'accessibilité, de promotion ou de consolidation des pratiques existantes. Cela se traduit par une augmentation des activités de dépistage de 55 % sur quatre ans.

ENJEU 2

UN SYSTÈME CENTRÉ SUR LES USAGERS ET ADAPTÉ À LEURS BESOINS

ORIENTATION 2

Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers

AXE : Première ligne et urgence

OBJECTIF 4 Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	78 %	81 %	85 %	85 %

Mise en contexte

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

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

Explication du résultat et de l'écart

Au 31 mars 2019, un peu plus de cinq millions de personnes (5 020 975), soit 62 % de la population admissible, étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant dans un GMF et le nombre dépasse les six millions de personnes (6 493 643), soit 81 % de la population admissible, si l'on ajoute celles qui sont inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF. Cela représente une augmentation de 257 584 patients inscrits auprès d'un médecin de famille, dans un GMF ou hors GMF, par rapport à 2017-2018. Toutefois, un écart de 4 points de pourcentage s'observe entre le résultat de cette année et la cible fixée de 85 % pour 2019 ainsi que pour 2020.

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

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Nombre total de GMF	325	342	334	300

Mise en contexte

Depuis 2002, les GMF représentent le modèle d'organisation des soins et des services de santé de première ligne au Québec. Leur implantation vise tant à faciliter l'accès à un médecin de famille qu'à améliorer la qualité et la continuité des soins médicaux généraux offerts à la population.

La mise en œuvre du Programme GMF, en novembre 2015, a ravivé l'intérêt des omnipraticiens pour ce modèle d'organisation par le renforcement du soutien professionnel, l'allègement des processus administratifs et la clarification des modalités d'application. La reconnaissance de plusieurs milieux en tant que GMF a également permis une intégration concrète des services de santé et des services sociaux; le patient reçoit ainsi différents soins de proximité dans un seul et même lieu.

Explication du résultat et de l'écart

Au 31 mars 2019, on comptait 342 GMF au Québec, soit 17 de plus qu'au terme de l'année financière précédente et 8 de plus que la cible fixée pour 2019 (334 GMF). Le processus de reconnaissance se poursuit, même si la cible de 300 GMF en 2020 a été dépassée, puisque d'autres groupes de médecins ont le potentiel d'être reconnus comme GMF et que cette reconnaissance permettra de répondre encore mieux aux besoins de la population.

Les GMF regroupent aujourd'hui près de 6 251 médecins travaillant au sein d'un cabinet médical, dans un centre local de services communautaires (CLSC) ou dans un groupe de médecine de famille universitaire. Par ailleurs, 864 infirmières, 469 travailleurs sociaux et 395 autres professionnels, toutes données en équivalent temps complet (ETC), sont en poste dans les 342 GMF.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Nombre total de GMF-R (super-cliniques)	44	50	50	50

Mise en contexte

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

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

Explication du résultat

Au 31 mars 2019, 50 GMF-R étaient désignés, nombre qui correspond à la cible établie pour 2019 et 2020. Ce résultat représente une augmentation de 6 GMF-R désignés par rapport au résultat obtenu au terme de l'exercice financier précédent.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	61 %	62 %	72 %	75 %

Mise en contexte

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

Explication du résultat et de l'écart

Au 31 mars 2019, 62 % des premiers services de nature psychosociale ont été donnés dans le délai de 30 jours (mission CLSC), ce qui traduit une stabilité par rapport au résultat de 61 % en 2017-2018. Le résultat obtenu en 2018-2019 reste en deçà de la cible fixée (72 %) pour cette même année et un écart demeure par rapport à la cible à atteindre (75 %) en 2020.

D'importants travaux visant à améliorer l'accès aux services de proximité sont en cours. À cet effet, le MSSS a confié au CIUSSS de la Capitale-Nationale et au CIUSSS de l'Estrie-CHUS le mandat d'élaborer un cadre structurant relativement à l'accès, à la qualité et à la continuité des services de proximité. Ce cadre va d'ores et déjà permettre de soutenir les établissements dans leurs efforts pour accroître l'accès aux premiers services de nature psychosociale.

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2018-2019	Cibles 2020
Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	60 %	60 %	85 %	85 %
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	59 %	58 %	85 %	85 %
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	13,7 h	14,2 h	12 h	12 h

Mise en contexte

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

Explication des résultats et des écarts

Le pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de deux heures (60 % en 2018-2019) et le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de quatre heures (58 % en 2018-2019) sont restés stables depuis 2015-2016, et ce, en dépit des efforts constants pour faire diminuer l'attente. Ces deux résultats présentent un écart important par rapport à la cible de 85 %, identique pour les deux indicateurs, fixée pour 2019 et 2020.

La durée moyenne du séjour à l'urgence pour la clientèle sur civière a quant à elle légèrement augmenté, passant de 13,7 heures en 2017-2018 à 14,2 heures en 2018-2019. Cette augmentation est attribuable à différents facteurs, dont l'affluence à l'urgence de cas particulièrement sévères d'infection respiratoire liée au virus de l'influenza et l'augmentation du nombre de personnes ayant plus de 75 ans.

En 2018-2019, des efforts visant à réduire le temps d'attente à l'urgence ont notamment portés sur la consolidation des services de proximité (soins à domicile, groupes de médecine de famille et super cliniques, intégration des infirmières praticiennes spécialisées et mesures de maintien dans la communauté, mesures incitatives de prise en charge pour les médecins) et sur l'offre d'une alternative à l'hospitalisation aux patients ayant une condition aiguë.

De plus, les travaux relatifs à la réorientation des patients et à l'amélioration des corridors de services vers les services d'investigation ambulatoires (appelés accueil clinique), qui visent à désengorger les urgences, vont s'intensifier au cours des prochains mois. Par ailleurs, des travaux visant à élargir le rôle des pharmaciens sont en cours et ils devraient contribuer à l'amélioration de la situation.

Enfin, mentionnons que le budget de dépenses du gouvernement prévoit une somme additionnelle de 280 millions de dollars par année à compter de 2019-2020 pour renforcer les services de soutien à domicile. Ceci est une des mesures qui contribuent à réduire les visites à l'urgence.

Dans le même ordre d'idées, l'exercice 2018-2019 a été marqué par le suivi intensif des patients entrés à l'urgence depuis plus de 48 heures. Ce suivi devait particulièrement permettre aux autorités de prévoir les suppléments au regard des ressources nécessaires à la prise en charge des patients qui n'avaient plus besoin de soins aigus à l'urgence. Il les a par ailleurs amenées à planifier et à mettre en place les cliniques d'hiver, de façon à mieux répondre aux besoins de la population pendant cette période de forte affluence à l'urgence. En favorisant l'utilisation optimale de ce nouveau service, le MSSS estime avoir désengorgé en partie les urgences. Cependant, une analyse approfondie de la formule, sous les angles de la pertinence et de la performance, sera faite dans les prochains mois afin de tirer des constats en prévision des périodes grippales des années futures.

AXE : Services spécialisés

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

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	69 %	71 %	100 %	100 %

Mise en contexte

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

Explication du résultat et de l'écart

Au 31 mars 2019, 71 % des patients inscrits sur les listes d'attente en imagerie médicale l'étaient depuis moins de trois mois. Il s'agit d'une amélioration mineure, de 2 points de pourcentage, par rapport au résultat de l'exercice précédent (69 %) malgré la collaboration du RSSS et les efforts déployés dans le cadre du chantier en imagerie médicale.

L'écart de 29 points de pourcentage par rapport à la cible de 100 % s'explique en partie par l'accroissement du volume d'examens à effectuer ainsi que par les défis liés au recrutement de la main-d'œuvre (technologues en imagerie médicale, agents administratifs) et à la disponibilité des ressources médicales pour des examens complexes.

Depuis 2017, le MSSS a recouru à diverses stratégies pour améliorer l'accès à l'imagerie médicale, dont la révision de l'organisation des services, l'élargissement de l'horaire d'ouverture des plateaux techniques et la mise en place de corridors de services.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an	2 198	1 398	0	0

Mise en contexte

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

Explication du résultat et de l'écart

La situation des patients en attente d'une chirurgie depuis plus d'une année continue de s'améliorer. En effet, le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an est passé de 2 198 à 1 398 entre 2017-2018 et 2018-2019. Ainsi, en 2018-2019, ce sont 800 patients de moins qui attendent depuis plus d'un an d'être opérés pour une chirurgie par rapport à l'année précédente. Le résultat n'a toutefois pas atteint la cible de 0 fixée pour 2019 et 2020.

L'analyse des données permet de conclure, à l'instar de l'année dernière, qu'à priorité égale, ce ne sont pas toujours les demandes les plus anciennes figurant sur la liste d'attente qui passent en premier. Les problèmes d'accès à la chirurgie sont rarement associés à un manque de capacité opératoire, mais plus souvent liés à un processus de planification chirurgicale inefficace, à une gouvernance médicale et administrative des blocs opératoires déficiente, à des règlements du bloc opératoire désuets, non appliqués, voire inexistants ainsi qu'au manque de suivi des listes d'attente.

Plusieurs actions ont été posées pour améliorer la situation au cours du présent exercice, dont des interventions auprès des établissements où la situation est la plus problématique et la mise sur pied d'un comité de chantier sur les enjeux en chirurgie.

OBJECTIF 7 Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage des personnes de 50 à 74 ans ayant été dépistées pour le cancer colorectal au cours des deux dernières années	32 %[1]	34 %[1]	35 %[2]	40 %

1. Le résultat 2017-2018 correspond à l'année civile 2017, tandis que le résultat 2018-2019 correspond à l'année civile 2018.

2. Cette cible a été déterminée dès le lancement du *Plan stratégique 2015-2020* et ne fait pas référence au cumul des engagements annuels 2017-2018 des établissements contenus dans les ententes de gestion et d'imputabilité 2018-2019.

Mise en contexte

En 2013, le MSSS a autorisé le recours à un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles, appelé RSOSi, qui permet de détecter précocement le cancer colorectal chez les personnes de 50 à 74 ans. Le dépistage vise à détecter ce cancer à un stade peu avancé, avant que les signes et symptômes de la maladie n'apparaissent, afin d'augmenter les chances de succès du traitement. Il est recommandé aux personnes âgées de 50 à 74 ans pour qui le risque est moyen (personnes sans symptômes et sans autre facteur de risque) de se soumettre à ce test tous les deux ans. Un échantillon de selles prélevé à la maison est ensuite analysé en laboratoire, analyse qui consiste à vérifier s'il contient des traces de sang invisibles à l'œil nu, ou occultes.

Explication du résultat et de l'écart

En 2018-2019, environ 34 % des personnes de 50 à 74 ans ont passé un test de dépistage du cancer colorectal (le test RSOSi) au cours des deux dernières années, soit une amélioration par rapport au taux de 32 % établi pour 2017-2018. Le résultat obtenu est toutefois inférieur à la cible de 35 % fixée pour 2018-2019. Il reste encore un écart de 6 points de pourcentage à combler pour que la cible de 40 % déterminée pour 2020 soit atteinte.

Les campagnes d'information (publireportage dans les revues médicales ainsi que la mise en ligne de contenu dans la section « Professionnel » du site Web du MSSS et sur le Portail santé mieux-être) des années précédentes ont eu l'effet escompté. En plus de ces actions, un soutien financier de 50 000 dollars a été accordé à la campagne de sensibilisation « Détrônons le cancer du côlon » menée en mars 2019 par la Société canadienne du cancer pour faire connaître le test RSOSi à la population. Le déploiement prévu du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal contribuera également à améliorer la performance relative au pourcentage des personnes de 50 à 74 ans ayant passé le test RSOSi au cours des deux dernières années. Par ailleurs, il faut mentionner que cet indicateur se calcule sur deux périodes : une période de 24 mois (données présentées) et une période de 30 mois. En 2018-2019, le taux établi pour la période de 30 mois atteint 39 %.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	65 %	65 %	90 %	90 %

Mise en contexte

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

L'indicateur relatif au pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai de 28 jours ou moins permet de dresser un portrait global de l'accès à la chirurgie oncologique. Il incite chacun des établissements à tenir compte du délai prescrit et à s'adapter en conséquence. L'objectif est que chaque patient soit opéré le plus rapidement possible.

Explication du résultat et de l'écart

En 2018-2019, la proportion des patients ayant été traités par chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ou moins est de 65 %. Si ce résultat égale celui de l'exercice précédent, il demeure éloigné des cibles pour 2018-2019 et pour 2020, toutes deux établies à 90 %.

L'écart observé entre la cible fixée et le résultat obtenu s'explique par plusieurs facteurs cliniques ayant un effet sur le moment où la chirurgie est effectuée, que ce soit la nature de la tumeur, l'agressivité de celle-ci, l'état de santé du patient, la disponibilité des médecins, la disponibilité des blocs opératoires, la gestion des patients en attente ou la validité des listes d'attente.

Par ailleurs, afin d'améliorer la situation, le MSSS effectue en continu un travail d'accompagnement visant à soutenir chaque établissement dans la révision de son processus de gestion des listes d'attente en ce qui concerne la chirurgie oncologique. De plus, un plan d'action a été demandé, à l'été 2018, à tous les établissements ne respectant pas la cible de 100 % des chirurgies oncologiques effectuées dans les 56 jours. Les efforts investis ont pour objectif premier de faire diminuer le nombre de personnes traitées par chirurgie oncologique après plus de 56 jours d'attente. Ainsi, en 2018-2019, environ 92 % des patients ont été traités par chirurgie oncologique en 56 jours ou moins.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Taux de mortalité due au cancer colorectal	28,8 par 100 000 habitants[1] (diminution de 0,5 décès)[3]	28,7 par 100 000 habitants[2] (diminution de 0,6 décès)[3]	Non déterminée	25,8 par 100 000 habitants (diminution de 3,5 décès)[3]

1. Le résultat de 2017-2018 correspond au taux de 2014 (donnée extraite en 2018).
2. Le résultat de 2018-2019 correspond au taux de 2016 (donnée extraite en 2019), chiffre le plus récent concernant le taux ajusté de mortalité due au cancer colorectal.
3. La diminution est mesurée par rapport au résultat de 2010, qui était de 29,3 décès par 100 000 habitants.

Mise en contexte

Le cancer colorectal représente la deuxième cause de mortalité par cancer au Québec. Divers facteurs influent sur la diminution de la mortalité due au cancer, entre autres l'amélioration des traitements et un diagnostic précoce de la maladie. Au Canada, près d'un cancer colorectal sur deux est diagnostiqué à un stade avancé (stade 3 ou 4). Lorsque le diagnostic est posé au stade 1, la survie atteint environ 90 %, alors qu'au stade 4, elle se situe à environ 15 % (selon des données de la Société canadienne du cancer datant de 2018). Dans ce contexte, on peut envisager que la détection précoce du cancer colorectal améliorera la survie des patients atteints et, potentiellement, réduira la mortalité.

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

Explication du résultat

Le taux des décès attribuables au cancer colorectal obtenu en 2018-2019 était de 28,7 décès par 100 000 habitants (résultat de 2016). Ce résultat est demeuré stable, par comparaison au taux de 28,8 par 100 000 habitants obtenu en 2017-2018 (résultat de 2014). Le résultat le plus récent représente une diminution de 0,6 décès par 100 000 habitants par rapport au taux de 2010 (29,3 décès par 100 000 habitants), alors que le MSSS vise une diminution de 3,5 décès par 100 000 habitants d'ici 2020.

Au cours des dernières années, le MSSS a soutenu, en plus du test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles, la mise à niveau des unités d'endoscopie dans les établissements. Le recours à des processus de travail efficaces a permis d'assurer tant l'accessibilité aux services que la qualité des services liés à la coloscopie et aux autres secteurs qui y sont associés. Ainsi, le nombre de coloscopies effectuées au Québec est passé de 232 130 en 2015-2016 à 274 896 en 2018-2019. Enfin, le MSSS mise sur le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal pour diagnostiquer les cancers à un stade précoce et ainsi améliorer la survie.

AXE : Sécurité et pertinence

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats[1] 2018-2019	Cibles 2018-2019	Cibles 2020
Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant un taux d'infections nosocomiales conforme aux taux établis :				
• Diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD)	98 % (85/87)	99 % (87/88)	95 %	95 %
• Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)	94 % (82/87)	92 % (81/88)	95 %	95 %
• Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	96 % (45/47)	92 % (47/51)	95 %	95 %

1. Les résultats diffèrent de ceux qui figurent dans le rapport « Présentation des résultats 2018-2019 » puisque quatre installations n'avaient pas saisi les données de surveillance dans le délai prévu pour la production de ce rapport. Un tableau additionnel, produit par l'Institut national de santé publique du Québec, présente les résultats de trois de ces quatre installations. La quatrième installation a connu des problèmes informatiques empêchant le transfert des données vers le système informatique de surveillance provincial, mais ses résultats ont pu être obtenus directement auprès d'elle. Ainsi, les résultats présentés ici incluent ceux de ces quatre installations.

   Les taux cibles pour les trois infections ont été révisés en 2015-2016 par les experts de l'Institut national de santé publique du Québec afin de tenir compte de l'évolution épidémiologique; la classification et le regroupement des installations selon leurs caractéristiques ont été révisés eux aussi.

Mise en contexte

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

Explication des résultats et des écarts

Diarrhées associées au *Clostridium difficile*

Parmi les 88 installations participant en 2018-2019 au Programme de surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD), 87 (99 %) ont vu leur taux annuel d'incidence de ces infections être inférieur ou égal au seuil établi quand on prend en compte leurs caractéristiques (nombre de lits, âge des patients). Ces résultats sont légèrement au-dessus de ceux de l'année 2017-2018, alors que 98 % des installations participantes avaient enregistré un taux annuel d'incidence inférieur ou égal au seuil établi dans leur catégorie d'installations. Les résultats obtenus au terme du présent exercice sont d'autant plus intéressants que les taux cibles ont été abaissés ou maintenus en 2018.

Pour cet indicateur, la cible de 95 % fixée dans le *Plan stratégique 2015-2020* a été atteinte, étant donné le résultat de 98 % obtenu en 2018-2019.

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

En 2018-2019, 92 % (81/88) des installations participant au programme de surveillance des bactériémies à SARM respectent le taux d'incidence ciblé, comparativement à 94 % (82/87) l'année précédente, ce qui traduit une légère diminution de la performance des établissements. Ainsi, le nombre d'installations où le taux dépasse le seuil s'établit à sept en 2018-2019, contre cinq en 2017-2018.

Parmi les sept installations qui affichaient des taux supérieurs au seuil en 2018-2019, une seule affichait aussi un taux élevé à la fin de l'année précédente. Toutes les installations jugées non conformes en 2018-2019 sont des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés non universitaires et sont majoritairement de petite taille; selon les caractéristiques de ces installations, la survie d'une seule bactériémie entraîne le dépassement du seuil établi. La cible établie dans le cadre du plan stratégique du MSSS étant de 95 %, le résultat obtenu (92 %) s'en approche.

Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse

En 2018-2019, 47 des 51 unités d'hémodialyse (92 %) respectent le taux d'incidence en ce qui concerne les bactériémies associées aux accès vasculaires et l'abaissement du taux a affecté la performance d'une seule installation. Ce résultat est légèrement en dessous de celui qui a été calculé pour 2017-2018, alors que 45 des 47 unités d'hémodialyse (96 %) enregistraient un taux inférieur au taux ciblé. Parmi les quatre installations qui affichaient des taux au-dessus du seuil en 2018-2019, une seule affichait aussi un taux élevé au terme de l'exercice précédent. La presque totalité des bactériémies enregistrées (91 %) est survenue chez des personnes dialysées par cathéter. Ce type d'accès vasculaire est, de façon générale, associé à un plus grand nombre de bactériémies. Plusieurs raisons expliquent l'utilisation de cathéters plutôt que d'autres types d'accès vasculaires, notamment le choix des patients, un réseau vasculaire insuffisant ou encore l'échec antérieur des autres méthodes d'accès vasculaire.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	59 %	69 %	75 %	80 %

Mise en contexte

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

Explication du résultat et de l'écart

En 2018-2019, un taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains de 69 % s'observe, ce qui représente un écart de 6 points de pourcentage par rapport à la cible (75 %). Ce résultat correspond toutefois à une progression significative, de 10 points de pourcentage, par rapport à 2017-2018 (59 %). Ainsi, sur les 29 établissements participants, 4 ont enregistré un taux de conformité égal ou supérieur à 75 % et 4 autres affichent un taux se situant entre 70 % et 75 %. Seulement 4 établissements n'atteignent pas le taux de 50 %, contre 5 en 2017-2018. Bien que l'interprétation de la méthode concernant l'observation de l'hygiène soit l'une des raisons pouvant expliquer les écarts entre les établissements, la mobilisation des hauts gestionnaires, des équipes de soins et des équipes de soutien reste un élément important.

Dans l'intention de voir la prestation de soins sécuritaires continuer de s'améliorer et la cible de 80 % fixée pour 2020 être atteinte, le MSSS a annoncé l'implantation obligatoire du Programme québécois de soins sécuritaires dans tous les établissements. Celui-ci comporte plusieurs stratégies visant à réduire les infections nosocomiales par l'application de pratiques exemplaires, dont l'hygiène des mains.

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

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2019	Cible 2020
Nombre de plans d'action produits dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services	17	35	Non déterminée	22

Mise en contexte

Dans une perspective d'optimisation des ressources affectées au système de santé et dans l'intention d'améliorer les services rendus à l'ensemble de la population québécoise, le MSSS a lancé, au cours de l'automne 2015, un grand chantier sur la pertinence de plusieurs technologies, médicaments, interventions, examens et traitements analysés selon une démarche scientifique et clinique basée sur des données probantes. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) agit comme maître d'œuvre dans l'élaboration des recommandations cliniques.

Explication du résultat

Dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services, 35 plans d'action ont été produits depuis 2015. D'une part, pour le volet « Usage optimal du médicament », ce sont 6 nouveaux plans d'action qui s'ajoutent en 2018-2019 aux 9 déjà produits depuis 2015; d'autre part, pour le volet « Santé », 12 nouveaux plans d'action s'ajoutent aux 8 qui sont antérieurs au présent exercice financier.

Il faut souligner que la cible de 22 plans d'action, préalablement établie pour 2020, a été dépassée en 2018-2019. Cela s'explique notamment par le fait que la pertinence clinique est l'une des priorités du MSSS et que celui-ci améliore en continu ses processus.

Volet « usage optimal du médicament »

En 2018-2019, en ce qui concerne le volet « Usage optimal des médicaments », l'INESSS a publié six guides portant sur le traitement médicamenteux de divers problèmes de santé ou sur les traitements eux-mêmes : chlamydia, herpès simplex, zona ophtalmique, blépharite, antibioprophylaxie et condylomes externes.

Volet « santé »

Soins intensifs

En 2018, l'INESSS a publié l'avis *Modes d'organisation des services de soins intensifs : état de connaissances et indicateurs de qualité*. En suivi de celui-ci, le MSSS a entrepris des travaux, en collaboration avec le Groupe d'experts en soins intensifs du Québec, afin de doter le réseau d'une organisation optimale en soins intensifs et de rendre favorables les répercussions sur l'état de santé des patients gravement malades.

Traumatologie

En 2018-2019, le MSSS a entamé des travaux pour la mise à jour des orientations ministérielles en traumatisme craniocérébral léger (TCCL) en lien avec l'état des connaissances en TCCL publié l'an dernier par l'INESSS. Le MSSS a également fait la promotion active de la nouvelle version du dépliant *Traumatisme craniocérébral léger (commotion cérébrale) : Conseils pour la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives* produit et publié par l'INESSS.

En septembre 2018, l'INESSS publiait le guide titré *Exigences relatives aux établissements exploitant une installation de soins aigus dans le réseau québécois de traumatologie*. Le MSSS a ensuite informé le RSSS de ses attentes concernant les nouvelles exigences. Conjointement avec l'Institut, le MSSS a par ailleurs élaboré un plan d'action pour déployer, dans les installations désignées en traumatologie, des gabarits facilitant le processus de reddition de compte.

Cardiologie

En mars 2019, l'INESSS publiait l'avis titré *Traitement de l'insuffisance mitrale par un dispositif percutané avec clip (TMVRc)*. Suivant les recommandations de l'Institut, le MSSS a procédé à la désignation de trois centres d'excellence disposant de toute l'expertise médicale et des plateaux techniques nécessaires à la prise en charge des patients avec des conditions valvulaires complexes et qui sont atteints d'insuffisance cardiaque avancée.

Analyse de biologie médicale et biovigilance

En 2018-2019, l'INESSS a publié deux avis pour la mise à jour du Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale, et au total, une analyse a été ajoutée.

De plus, en 2018, au cours du processus d'évaluation des produits stables, le MSSS a pris en compte trois avis de l'INESSS, lesquels ont tous mené à l'ajout des produits concernés à la Liste des produits du système du sang du Québec. Les avis portent sur l'évaluation du concentré de fibrinogène Fibryga[MC], le concentré d'inhibiteurs de la C1 estérase Haegarda[MC] et l'Hemlibra[MC].

L'INESSS a aussi évalué la thérapie cellulaire à base de tisagenlecleucel (Kymriah[MC]) pour notamment le traitement de la leucémie aiguë lymphoblastique (LAL). Selon les recommandations de l'Institut, cette offre de services a été intégrée dans le RSSS.

Enfin, en mars 2019, l'INESSS publiait un avis sur les traitements à base de fluoropyrimidines. À la suite de la parution de l'avis de l'Institut, le MSSS a envisagé la possible augmentation de la demande pour l'analyse permettant le génotypage des quatre mutations. Ainsi, le MSSS a procédé à la désignation d'un deuxième laboratoire et a établi les corridors de services en conséquence.

AXE : Personnes âgées

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2018-2019	Cibles 2020
Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée	141 621 (augmentation de 8,4 %)[1]	147 050 (augmentation de 12,5 %)[1]	145 194 (augmentation de 11 %)[1]	150 313 (augmentation de 15 %)[1]
Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée, ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention	83 %	78 %	90 %	90 %

1. Proportion calculée à partir du résultat au 31 mars 2015, qui était de 130 707 personnes.

Mise en contexte

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

Explication des résultats et des écarts

En 2018-2019, 147 050 personnes ont été desservies en soutien à domicile de longue durée, soit une augmentation de 5 429 personnes par rapport au résultat de 141 621 personnes en 2017-2018. Le résultat relatif à l'année financière 2018-2019 dépasse la cible fixée (145 194 personnes) pour cette même année et se rapproche de la cible à atteindre en 2020 (150 313 personnes). Cette hausse peut s'expliquer par le repérage de nouveaux usagers, l'intensification du soutien à domicile ainsi que l'investissement de 94,7 millions de dollars en 2018-2019.

Quant au pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée, ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention, il a baissé, passant de 83 % au 31 mars 2018 à 78 % au 31 mars 2019. Cette baisse s'explique par plusieurs facteurs : la hausse du nombre d'usagers à évaluer au cours de la dernière année, le fait que les intervenants doivent se familiariser avec le déploiement d'outils informatisés et la difficulté à pourvoir certains postes en raison d'un manque de personnel. Il faudra consentir d'autres efforts pour atteindre la cible de 90 % fixée pour 2020. Il est toutefois permis de croire que l'utilisation de plus en plus courante des outils de suivi informatisés, pour l'essentiel des rapports personnalisés permettant de planifier la révision des évaluations et des plans d'intervention, facilitera l'atteinte de cette cible.

D'autres projets en cours visent soit à améliorer l'accessibilité aux soins et aux services en matière de soutien à domicile, soit à accroître la pertinence de ces soins et de ces services ou à en augmenter l'intensité. De plus, un nouvel investissement de 280 millions de dollars à partir de 2019-2020, et reconductible les années suivantes, contribuera à l'atteinte des cibles fixées pour 2020.

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

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	79 %	87 %	88 %	80 %

Mise en contexte

Les réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) constituent le moyen privilégié pour arriver à une meilleure intégration des soins et des services destinés à la population vieillissante. Il s'appuie sur la volonté de favoriser le maintien des personnes âgées dans leur communauté.

Pour ce faire, les établissements doivent atteindre un taux d'au moins 80 % de l'implantation des neuf composantes des RSIPA dans chacun de leur réseau local de services.

Explication du résultat et de l'écart

Au 31 mars 2019, sur l'ensemble du territoire québécois, 87 % (82 sur 94) des RSIPA avaient été implantés de façon optimale, ce qui représente une augmentation par rapport au résultat de 79 % obtenu en 2017-2018. La cible de 80 % fixée pour 2020 a été atteinte, et même dépassée, au terme de la présente année financière. Il faut toutefois préciser que certains établissements se sont vu imposer des engagements plus élevés, étant donné leur capacité, ce qui explique la cible de 88 % déterminée pour 2018-2019. Il subsiste un écart de 1 point de pourcentage pour que cette cible soit atteinte.

En 2018-2019, des travaux ont porté sur l'implantation d'outils de cheminement clinique informatisés, lesquels ont permis d'améliorer certaines pratiques cliniques, notamment celles qui concernent l'évaluation globale des besoins et la planification des services. Des efforts ont aussi été mis sur la poursuite de la mise en place de la gestion de cas.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA)	62 %	66 %	85 %	70 %

Mise en contexte

Depuis 2011-2012, les établissements du RSSS doivent favoriser l'adoption, en milieu hospitalier, de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées de 75 ans et plus admises à l'urgence ou dans les unités de soins, dans le but de prévenir la diminution des capacités fonctionnelles chez ces personnes.

L'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) repose sur six composantes : 1) le soutien à l'implantation; 2) la gouvernance clinique; 3) la formation et les activités d'accompagnement; 4) l'algorithme de soins cliniques; 5) les interventions cliniques; 6) l'évaluation de la qualité. Pour que cette approche soit considérée comme implantée, un milieu hospitalier doit avoir mis en place à au moins 95 % les composantes 1, 2 et 6, et à au moins 65 % les composantes 3, 4 et 5.

Explication du résultat et de l'écart

Au 31 mars 2019, 66 % (64/97) des milieux hospitaliers ont implanté l'AAPA, comparativement à 62 % (60/97) l'année précédente. Ainsi, les 4 milieux hospitaliers de plus représentent une augmentation de 4 points de pourcentage. Au moins 4 autres milieux hospitaliers devront avoir implanté l'AAPA pour que la cible de 70 % en 2020 soit atteinte. Toutefois, vu la capacité, pour plusieurs établissements, d'implanter l'AAPA dans plus de milieux hospitaliers, la cible 2018-2019 a été haussée à 85 %.

En 2018-2019, un groupe d'experts a entrepris des travaux afin de dresser un bilan de l'implantation de l'AAPA, en s'intéressant plus précisément aux difficultés liées à l'implantation et à la pérennisation.

AXE : Personnes vulnérables

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

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	22 793 (augmentation de 4,9 %)[1]	23 055 (augmentation de 6,1 %)[1]	24 247 usagers (augmentation de 12 %)[1]	24 988 usagers (augmentation de 15 %)[1]

1. Proportion calculée à partir du résultat au 31 mars 2015, qui était de 21 729 usagers.

Mise en contexte

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

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

Explication du résultat et de l'écart

Au 31 mars 2019, 23 055 usagers ont bénéficié des soins palliatifs et de fin de vie à domicile, soit 1 192 de moins que la cible de 24 247 établie pour 2018-2019. Malgré l'écart encore plus grand par rapport à la cible de 24 988 usagers fixée pour 2020, les autorités de la plupart des établissements affirment ne pas avoir de liste d'attente pour les soins palliatifs à domicile.

Le maintien à domicile des personnes en fin de vie s'avère une question encore épineuse en raison, notamment, de la difficulté à assurer une couverture médicale à toute heure du jour et de la nuit. Toutefois, le repérage précoce de celles qui désirent recevoir des soins palliatifs et de fin de vie dans leur lieu de résidence ainsi que la mise en place d'un ensemble de services de base en la matière permettront à un plus grand nombre d'usagers d'en bénéficier au cours des prochaines années.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	17,6 %	18,5 %	18,5 %	18,5 %

Mise en contexte

Cet indicateur mesure le nombre d'usagers décédés à domicile parmi l'ensemble des usagers ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile de la part des établissements ayant une mission de CLSC. Il permet d'évaluer, entre autres, les effets des mesures priorisées par le MSSS pour faciliter le maintien des personnes le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. Cet indicateur cadre avec la *Politique en soins palliatifs de fin de vie, le Plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs* et de fin de vie ainsi que la Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001).

Explication du résultat

Au 31 mars 2019, le pourcentage des décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile se situe à 18,5 %, soit une augmentation de près de 1 point de pourcentage par rapport au résultat de 17,6 % obtenu en 2017-2018. Ce résultat correspond à la cible déterminée pour 2019 et 2020.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	896	898	862	862 lits[1], soit 1 par 10 000 personnes

1. Ce nombre prend en compte les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ainsi que le CLSC Naskapi.

Mise en contexte

Le nombre de lits réservés aux soins palliatifs répond à la double volonté de maintenir l'équilibre entre les différents lieux de prestation de services et de consolider les services existants à raison de 1 lit par tranche de 10 000 personnes. Il tient compte de la planification régionale, des écarts liés au nouveau découpage territorial des centres intégrés et de la capacité philanthropique du milieu.

Explication du résultat et de l'écart

Au 31 mars 2019, le nombre de lits de soins palliatifs est de 898, soit une augmentation de 2 lits par rapport au résultat (896 lits) obtenu en 2017-2018. Bien que la cible fixée pour 2020 à l'échelle du territoire québécois soit déjà dépassée, quelques établissements n'ont pas encore atteint la leur. L'augmentation du nombre de lits réservés aux soins palliatifs dans ces établissements permettra de compléter l'offre au regard des services de soins palliatifs et de présenter ainsi une solution de rechange enviable aux usagers pour lesquels il se révèle impossible de décéder à domicile.

Enfin, il faut mentionner la révision à la hausse du financement des lits réservés dans les maisons de soins palliatifs, passé de 68 000 dollars par lit à 75 000 dollars par lit.

OBJECTIF 13 Faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)	176 jours	178 jours	122 jours	90 jours

Mise en contexte

L'attente moyenne des enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) avant d'avoir accès à un service spécialisé est calculée pour les services d'adaptation et de réadaptation ainsi que pour l'intervention comportementale intensive. La prise en charge rapide des enfants ayant un TSA vise à maximiser leur potentiel de développement. Elle permet également d'éviter la cristallisation des comportements et favorise une meilleure gestion de l'anxiété.

Explication du résultat et de l'écart

Au 31 mars 2019, le délai moyen avant que les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA aient accès à un service spécialisé est de 178 jours, soit 2 jours de plus qu'au terme de l'exercice précédent. Il subsiste un écart de 56 jours entre ce résultat et la cible déterminée pour 2018-2019 (122 jours), et l'écart atteint 88 jours par rapport à la cible fixée pour 2020 (90 jours).

L'augmentation du taux de prévalence du TSA au Québec chez la population de 5 à 17 ans, qui est passée de 0,35 % en 2003 à 1,6 % en 2015, influence le temps d'attente pour l'obtention de services spécialisés. La détection précoce ainsi que l'amélioration de la qualité et de l'intensité des services ont également eu un effet important sur l'allongement du temps d'attente.

En 2017-2018, un montant non récurrent de 11 millions de dollars, dont 6 millions sont alloués aux enfants de 0-5 ans, a été ajouté au montant récurrent de 29 millions prévu pour la mise en œuvre du *Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022*. Cet investissement a été utilisé, d'une part, pour intensifier les services relatifs à la réadaptation ou à l'intervention comportementale intensive offerts aux enfants de 0-5 ans et, d'autre part, pour augmenter le nombre d'enfants qui bénéficient du programme d'intervention comportementale intensive ou de services de réadaptation. Par exemple, le nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant des services d'intervention comportementale intensive est passé de 733 en 2017-2018 à 835 en 2018-2019, alors que l'intensité des services est restée la même.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA, venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	64 %	72 %	70 %	90 %

Mise en contexte

Le suivi du pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA, qui viennent de terminer leur scolarité et qui ont accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail vise à assurer la continuité des services à la fin du parcours scolaire. Les activités de jour et les actions de soutien à l'intégration au travail peuvent être offertes soit par les centres intégrés, soit par des organismes communautaires, soit par des partenaires des réseaux de l'éducation ou de l'emploi.

Explication du résultat et de l'écart

Au 31 mars 2019, 72 % des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA et venant de terminer leur scolarité ont eu accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail. Ce résultat marque une amélioration par rapport au résultat de 2017-2018 (64 %) et dépasse la cible fixée pour 2018-2019 (70 %). Toutefois, il faudra fournir des efforts importants pour atteindre la cible de 90 % en 2020.

Les effets des investissements du printemps 2017 découlant du plan d'action sur le TSA continueront de s'observer en 2019-2020. Un investissement additionnel de 6,5 millions de dollars a été annoncé en août 2018 pour améliorer l'accès aux activités de jour à l'intention des adultes ayant une déficience.

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2018-2019	Cibles 2020
Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	4 800	4 782	4 570	4 736
Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	11 071	12 349	12 161	12 422

Mise en contexte

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

Explication des résultats et des écarts

Au 31 mars 2019, le MSSS a reconnu 4 782 places pour le SIM dans l'ensemble des réseaux territoriaux de services du Québec; cela représente une légère diminution, de 18 places, par rapport aux 4 800 places recensées au terme de l'exercice précédent. Ce résultat s'explique par la transformation de places pour le SIM en places pour le FACT (*Flexible Assertive Community Treatment*), une forme de soutien dans la communauté, qui constitue un mélange entre le suivi intensif dans le

milieu (25 %) et le soutien d'intensité variable (75 %), offerte dans les territoires de moins de 50 000 habitants. Sur le plan administratif, toutes les places réservées au FACT sont déclarées dans le SIV. Malgré ce changement, le nombre de places pour le SIM dépasse de 212 la cible fixée pour 2018-2019 (4 570 places) et de 46 la cible établie pour 2020 (4 736 places).

Pour ce qui est du SIV, au 31 mars 2019, le MSSS a reconnu 12 349 places dans l'ensemble des réseaux territoriaux de services du Québec, soit une augmentation de 1 278 places par rapport aux 11 071 places calculées au 31 mars 2018. Ce résultat représente 188 places de plus que la cible fixée pour 2018-2019 (12 161 places) et un écart de 73 places par rapport à la cible établie pour 2020 (12 422 places). Pour parvenir à atteindre celle-ci, des efforts accrus seront nécessaires. Ils devront porter, entre autres, sur le recrutement et l'attraction de la main-d'œuvre alors que le secteur des sciences humaines et de la santé mentale connaît une pénurie de ressources humaines.

Cette progression significative de places pour le SIM et le SIV peut, depuis quelques années être attribuée à l'investissement de 15 millions de dollars fait en avril 2017 afin de favoriser l'implantation de nouvelles équipes offrant ces services, lequel a mené à la révision des cibles pour 2020.

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

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	88 %	89 %	85 %	90 %

Mise en contexte

Les services de détection et d'intervention précoce en matière de dépendance visent à détecter les personnes qui présentent soit des comportements à risque, soit un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives ou à la pratique des jeux de hasard et d'argent. Parce qu'ils sont un moyen privilégié de joindre les personnes dans les différents milieux qu'elles fréquentent, ces services constituent leur principale porte d'entrée dans le continuum des services publics visant le traitement de la dépendance et leur permettent conséquemment d'être orientées vers ceux qui conviennent à leurs besoins.

Explication du résultat et de l'écart

Au 31 mars 2019, le taux d'implantation des services de détection et d'intervention précoce en matière de dépendance offerts par les établissements se situait à 89 %, comparativement à 88 % en 2017-2018. La cible de 85 % pour l'année 2018-2019 a été dépassée, grâce notamment à une connaissance accrue de la problématique de la dépendance dans les établissements. L'évolution vers la cible se poursuit et il reste un an pour que la cible de 90 % déterminée pour 2020 soit atteinte. Pour ce faire, il faudra concentrer les efforts sur l'harmonisation des pratiques au sein des différents réseaux territoriaux de services.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Taux d'implantation de la stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	Non disponible	41 %	45 %	100 %

Mise en contexte

L'objectif général de la *Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir*, publiée en juin 2018, est d'assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services destinés à ces personnes. L'itinérance étant un problème social important, il y a lieu de soutenir les personnes touchées dans la recherche et la mise en pratique de solutions leur permettant de sortir de la rue ou d'éviter celle-ci.

Explication du résultat et de l'écart

Pour l'année 2018-2019, la *Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir* était déployée à 41 %. Ce résultat est légèrement en dessous de la cible annuelle de 45 % fixée pour cet exercice et un écart de 59 points de pourcentage s'observe par rapport à la cible à atteindre en 2020.Toutefois, l'implantation de la Stratégie se veut progressive et elle continue d'être suivie selon un système de pointage qui prend en compte chaque composante. Pour soutenir les établissements dans l'implantation de cette stratégie, le MSSS prévoit produire différents outils, dont une stratégie visant le repérage des personnes itinérantes ou susceptibles de le devenir et un guide des bonnes pratiques.

Par ailleurs, il faut souligner l'importante amélioration de l'accessibilité aux services pour les personnes présentant une dépendance ou en situation d'itinérance par l'intensification des services de proximité en matière de dépendance et des services suivants : gestion de l'intoxication et du sevrage, traitement de la dépendance aux opioïdes et stabilité résidentielle avec accompagnement. Au total, un peu plus de 45 000 personnes ont reçu des services spécialisés en matière de dépendance au cours de l'année 2018-2019, par rapport à une cible nationale établie à près de 48 000, soit un résultat qui correspond à 95 %.

OBJECTIF 16 Améliorer le soutien aux familles en situation de négligence

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,76 jeunes sur 1 000	11,12 jeunes sur 1000	9,95 jeunes sur 1 000	10 jeunes sur 1 000

Mise en contexte

La négligence envers les enfants constitue la principale cause de prise en charge en protection de la jeunesse. Afin de parer aux situations de négligence et d'éviter qu'elles ne requièrent l'intervention du directeur de la protection de la jeunesse, le MSSS a demandé aux établissements de mettre en place et de soutenir, dans toutes les régions du Québec, des programmes d'intervention visant à intervenir en amont afin, notamment, d'éliminer les éléments pouvant amener à la compromission ou au risque de compromission de la sécurité et du développement de l'enfant.

La résorption des situations de négligence devrait se traduire par une diminution du taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour ce motif.

Explication du résultat et de l'écart

En 2018-2019, le taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence s'élève à 11,12 jeunes sur 1 000 à l'échelle du Québec, soit 3 % de plus qu'en 2017-2018, alors qu'il était de 10,76 jeunes sur 1 000. L'écart par rapport à la cible de 10,00 jeunes sur 1 000 déterminée pour 2020 s'est creusé.

Une augmentation s'observe donc en dépit de la mise en place de programmes d'intervention visant à contrer la négligence. Cette situation s'explique notamment par la hausse croissante des signalements et par l'existence d'autres déterminants de la négligence, comme la pauvreté. Entre 2017-2018 et 2018-2019, les signalements retenus pour les motifs de négligence ou de risque sérieux de négligence ont augmenté de 4 %, alors que la population des jeunes de moins de 18 ans aura augmenté de 1 % entre 2017 et 2018, selon les projections annuelles de l'Institut de la statistique du Québec.

ENJEU 3

DES RESSOURCES MOBILISÉES VERS L'ATTEINTE DE RÉSULTATS OPTIMAUX

ORIENTATION 3

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

AXE : Mobilisation du personnel

OBJECTIF 17 Maintenir la mobilisation du personnel du MSSS en accroissant sa capacité à s'adapter à un contexte ministériel en évolution

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019[1]	Cibles 2018-2019[1]	Cibles 2020
Taux de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail	Non disponible[2]	Non disponible[2]	Non déterminée	80 %
Taux de mutation	13,02 %	12,38 %	Non déterminée	6 %
Certification Entreprise en santé Élite maintenue	Maintien	Maintien	Maintien	Annuellement

1. Les données du Secrétariat aux aînés ne sont pas incluses puisqu'elles ont été transférées dans les systèmes administratifs du MSSS le 1er avril 2019.
2. Le dernier résultat disponible est de 78 % (pour 2016-2017). Le sondage étant effectué tous les trois ans, il n'existe pas de résultats pour les années 2017-2018 et 2018-2019. Le prochain sondage est prévu pour l'automne 2019.

Mise en contexte

Étant l'un des facteurs les plus déterminants de la performance, la mobilisation du personnel de la fonction publique a été reconnue et retenue comme une orientation prioritaire dans la Politique-cadre de gestion des ressources humaines, adoptée par le Conseil du trésor et publiée en 2013.

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

Explication des résultats et des écarts

La satisfaction à l'égard des pratiques de gestion organisationnelles et de l'environnement de travail est évaluée au moyen d'un sondage administré tous les trois ans. Le dernier sondage, effectué en octobre 2016 auprès de 755 employés, a montré un taux de satisfaction moyen de 78 % à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail. La prochaine collecte de données se fera à l'automne 2019. Toujours aux fins de l'amélioration continue, le personnel est invité annuellement à remplir un questionnaire servant à mesurer l'appréciation des pratiques de gestion du supérieur immédiat en ce qui concerne la santé et le mieux-être. En 2019, 93,2 % des répondants ont mentionné être « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec les énoncés relatifs aux pratiques de gestion de leur supérieur immédiat relativement à ces questions.

En 2018-2019, le taux de mutation se situe à 12,38 %, résultat qui représente une légère amélioration par rapport à celui de 13,02 % obtenu en 2017. Toutefois, le MSSS demeure préoccupé par ce résultat, qui accuse un retard de 6,38 points de pourcentage par rapport à la cible de 6 % fixée pour 2020. Afin de mieux comprendre les motifs personnels incitant ses employés à partir, le MSSS fait parvenir un questionnaire à ceux qui l'ont fait pour l'une des raisons suivantes : mutation, promotion, affectation ou démission. Les réponses sont analysées et servent de guides pour la mise en œuvre d'actions ayant une potentielle influence positive sur la rétention du personnel.

Le MSSS a été soumis, le 19 février 2019, à un audit du Bureau de normalisation du Québec pour l'évaluation du maintien de sa certification Entreprise en santé – Élite, lequel a été confirmé. Dans le cadre du programme de santé et de mieux-être Vivactif, plusieurs actions ont été menées dans les quatre sphères d'activité reconnues comme ayant des effets significatifs sur la santé et le mieux-être au travail, soit les pratiques de gestion, l'environnement de travail, la conciliation travail et vie personnelle ainsi que les habitudes de vie. Parmi ces actions figurent notamment la promotion de la mission et des principaux mandats des unités administratives du MSSS, l'animation d'ateliers sur le climat de travail, l'organisation de conférences portant sur la gestion des finances personnelles ainsi que la réussite d'un défi basé sur le calcul du nombre de pas à effectuer.

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2018-2019	Cibles 2020
Taux d'heures supplémentaires	4,06 (hausse de 27,7 %)[1]	4,61 (hausse de 45 %)[1]	2,98 (diminution de 6,3 %)[1]	3,00 (diminution de 5,6 %)[1]
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	2,17 (diminution de 8,8 %)[2]	2,38 (maintien)[2]	1,75 (diminution de 26,5 %)[2]	2,25 (diminution de 5,5 %)[2]

1. Proportion calculée à partir du résultat au 31 mars 2015, qui était de 3,18 %.
2. Proportion calculée à partir du résultat au 31 mars 2015, qui était de 2,38 %.

Mise en contexte

Dans la perspective d'augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre et de tendre vers un usage optimal de celle-ci dans le RSSS, le MSSS agit de façon à améliorer la qualité de vie au travail afin de réduire le recours aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante. Des pourcentages élevés pour ces deux indicateurs signifient que les heures travaillées par l'effectif régulier ne suffisent pas à la demande.

Explication des résultats et des écarts

En 2018-2019, le taux des heures supplémentaires est de 4,61, soit une hausse de 13,5 % par rapport au taux de 4,06 calculé pour 2017-2018. Ce résultat représente un écart de 54,7 % par rapport à la cible de 2,98 fixée pour 2018-2019 et de 53,5 % par rapport à la cible de 3,00 déterminée pour 2020. La hausse s'explique en partie par l'application de règles de gestion limitant le recours à la main-d'œuvre indépendante et favorisant l'utilisation de la main-d'œuvre du RSSS. De plus, la hausse des absences pour invalidité, représentant plusieurs milliers d'heures par année, réduit du même coup le nombre d'employés disponibles. Enfin, la difficulté à quantifier les besoins au regard des effectifs à la suite des réorganisations de services, le développement des soins et des services découlant des récents investissements additionnels dans certains secteurs cliniques et les obligations d'atteindre des objectifs cliniques de performance créent également une plus forte pression sur la demande de main-d'œuvre qualifiée, à laquelle s'ajoute un contexte de rareté.

En ce qui concerne le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante, le résultat de 2,38 obtenu en 2018-2019 représente une hausse de 9,7 % par rapport au taux de 2,17 calculé pour 2017-2018. Ce résultat représente un écart de 36 % par rapport à la cible de 1,75 fixée pour 2018-2019 et de 5,6 % par rapport à la cible de 2,25 à atteindre en 2020. La hausse s'explique en partie, ici aussi, par l'augmentation des absences pour invalidité des effectifs réguliers.

Le MSSS a mis en place un mécanisme de suivi, pour chacun de ces deux indicateurs, dans les établissements dont les résultats présentent les écarts les plus importants au regard des cibles afin de s'assurer de l'atteinte de celles-ci. Par cet exercice, il veut à la fois connaître les motifs de la non-atteinte de la cible relative à un engagement annuel d'un établissement et les mesures correctrices mises en place localement afin de redresser la situation.

Parmi les stratégies utilisées par les établissements, figurent la révision de la composition des équipes, de l'organisation du travail et des structures de postes ainsi que la gestion plus étroite des effectifs en vue d'un usage optimal et d'une meilleure stabilité de ceux-ci. Ces actions devraient aider les établissements à faire les gains nécessaires à l'atteinte de leurs objectifs à moyen et à long termes.

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Ratio d'heures en assurance salaire	7,42 (hausse de 25,1 %)[1]	7,52 (hausse de 26,8 %)[1]	6,06 (hausse de 2,2 %)[1]	5,90 (diminution de 0,5 %)[1]

1. Proportion calculée à partir du résultat au 31 mars 2015, qui était de 5,93 %.

Mise en contexte

La santé et la sécurité, tout comme la qualité de vie au travail, demeureront des préoccupations importantes pendant le prochain exercice, à la fois pour le MSSS et pour les établissements. Le ratio d'heures en assurance salaire correspond au nombre d'heures payées sous forme de prestations d'assurance salaire à l'ensemble du personnel par rapport au nombre d'heures travaillées par l'ensemble du personnel dans les établissements du RSSS. Il permet de suivre l'évolution de l'absentéisme en assurance salaire. Plus ce ratio est élevé, plus la main-d'œuvre est absente du travail, et cette absence fait diminuer le nombre d'employés disponibles. Un ratio d'heures en assurance salaire élevé est, par ailleurs, l'expression d'une multitude de facteurs qui ont des effets sur la santé des effectifs, le climat et l'organisation du travail, lesquels se répercutent sur la prestation des services et les coûts afférents.

Explication du résultat et de l'écart

En 2018-2019, le ratio d'heures en assurance salaire se situe à 7,52, soit une hausse de 1,3 % par rapport au résultat de 7,42 obtenu en 2017-2018. L'écart est de 24,1 % par rapport à la cible de 6,06 établie pour 2018-2019 et de 27,5 % par rapport à la cible de 5,90 fixée pour 2020.

Afin d'améliorer ce ratio, le MSSS a eu recours à plusieurs outils destinés au RSSS, dont une politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail, une formation sous forme de capsules sur les risques psychosociaux, un programme de coaching à l'intention des gestionnaires et une formation sur l'absentéisme chronique.

Afin d'obtenir de meilleurs résultats à court et à moyen termes, le MSSS soutient financièrement la mise en place d'équipes de soutien en matière d'amélioration continue de la prévention dans chacun des établissements afin d'accompagner les gestionnaires et leur personnel qui éprouvent des difficultés relativement à la présence au travail. Ces équipes auront le mandat de faire une analyse globale de la situation de travail dans les secteurs priorisés en vue de poser un diagnostic et de dégager les éléments défavorables au maintien d'un environnement de travail sain, mobilisateur et attractif. De plus, elles accompagneront le personnel et suivront la mise en œuvre du plan d'action tout au long d'une démarche d'amélioration continue.

Enfin, un plan d'action national visant la prévention en milieu de travail et la promotion de la santé globale pendant la période 2019-2023 est en cours d'élaboration. Ce plan vise à soutenir les établissements dans le développement d'une culture durable en santé et sécurité au travail, basée sur la promotion et de la prévention.

AXE : Organisation efficiente

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

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

Mise en contexte et explication du résultat

Le 1er avril 2015 entraient en vigueur la plupart des dispositions de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2). Cette mesure a contribué significativement à la réalisation de l'objectif, lequel est maintenant atteint.

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

Mise en contexte

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

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

Explication du résultat

L'objectif du plan stratégique de réduire le personnel d'encadrement de 1 300 ETC, par rapport aux 11 139 ETC de l'année financière 2013-2014, a été atteint en 2015-2016 alors que le nombre d'ETC dans les établissements visés était de 9 687.

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

Indicateur	Résultat	Cible
Pourcentage des établissements ayant déployé leur salle de pilotage stratégique	Atteint	100 % d'ici 2018

Mise en contexte

Le système de salles de pilotage, dont l'engagement personnel des employés et la gestion visuelle sont des éléments majeurs, est gouverné selon une gestion des ressources humaines de proximité et aligné sur un modèle de leadership mobilisateur. Outre les salles de pilotage stratégiques, le système inclut des salles de pilotage tactiques et opérationnelles qui intègrent les différentes sphères de gestion afin d'en faire un outil de cohérence décisionnelle favorisant une meilleure gestion de la performance. Ce mode de gestion s'appuie notamment sur les expérimentations faites dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec.

Explication du résultat

Les salles de pilotage stratégiques ont été déployées dans 100 % des établissements du RSSS. Ce résultat, qui respecte la cible fixée pour 2017-2018, est dû à la poursuite de la stratégie consistant à soutenir les établissements du RSSS par de la formation et un accompagnement dans leur démarche relative au déploiement de leur salle de pilotage.

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

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvert par le financement axé sur le patient	9,5 %	9,6 %	Non déterminée	80 %

Mise en contexte

Dans un souci d'assurer des soins efficients, le MSSS s'est engagé dans une réforme importante en introduisant le mode de financement axé sur les patients (FAP), qui remplacera graduellement celui de type historique. Selon le mode de financement historique, les ressources sont allouées en fonction des budgets indexés des années précédentes, tandis que le FAP met plutôt le patient au centre des activités de l'établissement en vue de la distribution des ressources.

On considère qu'une activité est couverte par le FAP lorsque les ressources qui y sont attribuées sont réparties en fonction des patients traités, des types de services fournis et du volume de ceux-ci. C'est donc le service rendu aux patients qui détermine le financement qu'obtiennent les établissements de santé.

Explication du résultat

Au 31 mars 2019, 9,6 % des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale étaient couvertes par le FAP. Ce résultat représente 250 millions de dollars sur un total de 2,60 milliards, dont 2,09 milliards en chirurgie. Le programme d'accès à la chirurgie alloue des montants aux établissements pour les volumes de chirurgies dépassant le seuil de production de 2012-2013; les volumes de chirurgies qui y sont inférieurs sont financés à même les budgets historiques des établissements. En ce qui a trait plus précisément aux services d'imagerie médicale, un financement à l'activité a été introduit pour une partie des activités de tomodensitométrie et de résonance magnétique, pour un montant de 7,6 millions de dollars. Le FAP n'est pas appliqué à la majorité des activités de chirurgie et d'imagerie, laquelle est donc financée à même le budget historique des établissements; cela explique notamment l'écart par rapport à la cible. Le financement à l'activité en imagerie sera mis en place le 1er avril 2019; il exclut les centres d'activités d'angioradiologie (sauf l'imagerie cardiaque), de neuro-angio-radiologie et de tomographie par émission de positons.

Il faut préciser que le mode de financement à l'activité est utilisé pour les traitements de radio-oncologie à hauteur d'environ 90 millions de dollars, mais ils ne constituent pas une activité prise en compte par cet indicateur.

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

Indicateur	Résultat	Cible
Nombre de cliniciens en première ligne ayant adhéré au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME)	Atteint[1]	5 200 médecins et 1 000 infirmières d'ici 2017

1. La cible déterminée pour 2020 a été atteinte en 2016-2017, avec 5 362 médecins et 1 094 infirmières.

Mise en contexte

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

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

Explication du résultat

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2018-2019	Cibles 2020
Pourcentage des installations des établissements publics qui ont une mission de centre hospitalier (CH) et qui peuvent consulter au moins un des domaines de renseignements du Dossier santé Québec	Atteint	Atteint	Ne s'applique pas	100 %
Pourcentage des établissements publics qui ont mis en place le Dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net dans au moins une installation de mission de centre hospitalier[1]	9 %	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

1. L'indicateur n'est plus suivi, étant donné que l'orientation dans ce dossier est actuellement revue et que la stratégie doit ensuite être adaptée. Il ne s'agit pas d'un abandon du projet, car la mise en place du Dossier clinique informatisé dans les établissements publics est toujours visée.

Mise en contexte

Le Dossier santé Québec (DSQ) est un système d'information centralisé qui permet de recueillir, de conserver et de partager entre intervenants autorisés certains renseignements cliniques, et ce, dans un environnement hautement sécuritaire. Le DSQ permet également d'offrir une meilleure prise en charge et un suivi plus efficace des patients. Actif d'intérêt commun au MSSS et au RSSS, le DSQ comprend trois domaines cliniques : Médicament, Laboratoire et Imagerie médicale. Au fil du temps, trois autres domaines s'y ajouteront, soit Immunisation, Allergie et intolérance ainsi que Sommaire d'hospitalisation.

Explication des résultats

Depuis 2015-2016, 100 % des installations des établissements publics qui ont une mission de centre hospitalier peuvent consulter au moins un des domaines de renseignements du DSQ. Ainsi, la cible de 100 % qui avait été fixée pour 2020 est déjà atteinte.

Depuis le 31 décembre 2015, 100 % des pharmacies communautaires du Québec sont branchées au DSQ. Ainsi, ce sont 1 902 pharmacies qui alimentent le domaine Médicament.

Depuis le 31 mai 2016, 100 % des 122 laboratoires des établissements publics situés dans les 18 régions sociosanitaires du Québec sont branchés et alimentent le domaine Laboratoire.

Depuis le 31 octobre 2016, les 4 laboratoires privés qui devaient être branchés au DSQ alimentent eux aussi le domaine Laboratoire. À eux seuls, ils procèdent à 99,5 % des analyses de biologie médicale faites au Québec par les laboratoires privés.

Depuis le 31 mars 2019, l'ensemble des établissements publics (155 sites) rend accessibles pour consultation dans le DSQ 100 % des examens d'imagerie médicale qu'ils ont faits.

Au 31 mars 2019, 78 laboratoires d'imagerie médicale (LIM) privés sur 104 alimentent le DSQ. Ils produisent 87 % du volume des examens effectués dans le secteur privé. La cible pour le branchement des 26 autres LIM est le 31 décembre 2019.

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

La présente section fait état des résultats obtenus par le MSSS au regard des treize actions menées conformément à son *Plan d'action de développement durable 2016-2020*. Par ailleurs, la mention « Ne s'applique pas » figure en lieu et place d'un résultat proprement dit quand celui-ci est attendu pour une année ultérieure ou qu'il dépend de la réalisation d'une autre cible.

En ce qui a trait au Secrétariat aux aînés, l'information relative à deux actions en matière de développement durable est rapportée à la partie 5.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 1

RENFORCER LA GOUVERNANCE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE DANS L'ADMINISTRATION PUBLIQUE

Objectif gouvernemental 1.1

Renforcer les pratiques de gestion écoresponsables dans l'administration publique

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

Mise en contexte

Le MSSS a défini plusieurs cibles au regard de la gestion écoresponsable, auxquelles se rattachent des activités lui permettant de contribuer à l'atteinte des cibles gouvernementales en cette matière. Il s'avère important que le MSSS soit exemplaire dans la gestion de ses opérations courantes et qu'il adopte ou renforce ses pratiques écoresponsables dans les domaines tels que la gestion des matières résiduelles, les technologies de l'information et des communications ou l'organisation d'événements. Le MSSS a aussi choisi d'améliorer ses pratiques relatives aux déplacements professionnels en favorisant l'utilisation des modes de transport collectifs par ses employés et en augmentant la proportion des véhicules électriques dans son parc de véhicules légers. Enfin, il vise l'augmentation de ses acquisitions écoresponsables d'ici 2020.

Activités courantes de gestion administrative

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
1.1 Révision des pratiques en gestion des matières résiduelles du MSSS	Atteint	Atteint	Pratiques révisées en 2017
1.2 Pourcentage du personnel sensibilisé aux pratiques en gestion des matières résiduelles	Atteint	Atteint	100 % en 2017

En 2018-2019, le MSSS a poursuivi ses pratiques en gestion des matières résiduelles telles qu'elles ont été modifiées en 2016-2017. Le personnel a été sensibilisé au bon tri des matières résiduelles et à la réduction des déchets, notamment dans le cadre de la Semaine québécoise de réduction des déchets.

Transport et déplacements des employés

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
1.3 Pourcentage de directions générales qui offrent l'accès à des billets d'autobus pour les déplacements professionnels intra-urbains	Atteint	Atteint	100 % en 2017
1.4 Pourcentage des déplacements professionnels intra-urbains effectués en autobus	Non disponible	Non disponible	Augmentation en 2020 par rapport à 2015-2016

Les données sur les déplacements en taxi et en autobus de 2015-2016 ont permis d'établir que 3 % des déplacements étaient alors faits en autobus. Afin que cette proportion puisse augmenter, le MSSS a décidé de faciliter l'accès à ce moyen de transport en offrant des billets à ses employés pour leurs déplacements professionnels.

En 2018-2019, la proportion des déplacements en autobus n'a pu être calculée, car la prochaine collecte des données sur les billets de taxi s'effectuera au 31 mars 2020. La donnée relative au nombre de déplacements en autobus est toutefois connue. Ainsi, 432 billets d'autobus ont été utilisés cette année, comparativement à 584 en 2017-2018 et à 158 en 2015-2016.

Transport et déplacements des employés

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible
1.5 Pourcentage de véhicules électriques dans la flotte ministérielle	59 % (augmentation de 15 véhicules)	73 % (augmentation de 8 véhicules)	Augmentation en 2020 par rapport à 2015-2016

Explication du résultat

Au 31 mars 2019, le MSSS comptait 27 véhicules électriques dans sa flotte de 37 véhicules. Les 8 nouveaux véhicules électriques portent la proportion de véhicules électriques dans la flotte ministérielle à 73 %.

Le remplacement des véhicules à essence par des véhicules électriques se fait graduellement, à l'échéance des contrats de location. Ainsi, au cours de la prochaine année financière, d'autres véhicules électriques s'ajouteront.

Par ailleurs, on compte actuellement dix bornes de recharge réparties sur trois des sites du MSSS à Québec.

Technologies de l'information et des communications

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible
1.6 Pourcentage du plan de travail visant l'intégration de pratiques écoresponsables en technologies de l'information mis en œuvre	54 %	82 %	100 % en 2020

Explication du résultat

En 2015-2016, le MSSS s'est doté d'un plan de travail visant l'intégration de pratiques écoresponsables dans les technologies de l'information. Ce plan de travail comptait initialement treize actions à mener d'ici 2020. Il en contient maintenant onze parce que deux actions en ont été retirées au cours de l'exercice 2018-2019, les conclusions de l'évaluation de faisabilité pour

la police ECOFONT, en 2017-2018, ayant montré qu'elles n'étaient plus nécessaires. Le plan de travail est maintenant réalisé à 82 % puisque neuf actions sur onze ont été menées à terme, dont deux en 2018-2019. Les deux actions prévues en 2019-2020 devront être mises en œuvre pour atteindre la cible de 100 % ayant été fixée pour 2020.

En 2018-2019, les deux actions qui ont été accomplies concernaient un plan annuel de sensibilisation en matière de développement durable et la mise en place d'un bureau sans papier.

Ainsi, le MSSS a continué à sensibiliser son personnel en matière de développement durable en diffusant un message sur la page d'accueil de son intranet. Ce message portait plus précisément sur la réduction de la consommation énergétique au MSSS et il contenait des trucs ou des astuces simples que chaque employé peut appliquer au quotidien. De plus, le Service de la bureautique a procédé au remplacement de plusieurs imprimantes en désuétude. Les nouvelles imprimantes sont plus écoénergétiques et écoresponsables que les anciennes.

En ce qui a trait au bureau sans papier, plusieurs travaux ont été menés dès 2017 afin d'en étudier la faisabilité et de planifier son instauration. À l'automne 2018, le MSSS commençait un projet pilote avec un premier groupe d'employés. Ceux-ci ont reçu une tablette électronique qui leur permet de se déplacer d'un endroit à un autre avec leur poste de travail en profitant d'une connexion au bureau à distance. Le MSSS travaille également sur des outils de collaboration afin d'en faire bénéficier l'ensemble du RSSS.

Communications gouvernementales et organisation d'événements

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
1.7 Diffusion du Guide ministériel sur les événements écoresponsables	Atteint	Atteint	Guide diffusé en 2017
1.8 Pourcentage des directions sensibilisées au guide	Atteint	Atteint	100 % en 2017
1.9 Pourcentage des événements ciblés réalisés de manière écoresponsable	94 %	84 %	60 % en 2020

Explication des résultats

Aux fins de la mise en œuvre de son Plan d'action de développement durable 2016-2020, le MSSS a adopté le Guide sur les événements écoresponsables publié par le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques. Il a sensibilisé ses employés au fait d'utiliser le Guide lorsqu'ils organisent des événements et il a produit un aide-mémoire qui présente les critères permettant de qualifier un événement d'écoresponsable pour accompagner l'application de ce guide.

La Direction des communications se sert de l'aide-mémoire pour les événements dont l'organisation est sous sa responsabilité, soit les conférences de presse nationales et certains événements d'envergure. En 2018-2019, ce sont 84 % de ces événements qui ont été organisés de manière écoresponsable (17 conférences de presse nationales sur 19 et 4 réunions ou événements d'envergure sur 6). Ce résultat, supérieur à la cible établie pour 2020, témoigne de la volonté du MSSS d'intégrer les pratiques écoresponsables dans ses activités.

Marchés publics

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
1.10 Élaboration du portrait des acquisitions effectuées au MSSS	Atteint	Atteint	Portrait élaboré en 2017
1.11 Adoption et diffusion d'une politique interne d'acquisitions écoresponsables	Non atteint	Atteint	Politique adoptée et diffusée en 2018
1.12 Pourcentage du personnel ciblé, sensibilisé à la politique ministérielle d'acquisitions écoresponsables	Non atteint	Atteint	100 % en 2018
1.13 Pourcentage des produits catalogués écoresponsables acquis	37 % (augmentation de 23 %)[2]	38 %[1] (augmentation de 26 %)[2]	Augmentation en 2020 par rapport à 2016-2017[2]

1. Depuis le 1er juillet 2018, les fournitures de bureau ne sont plus achetées par l'intermédiaire du catalogue, le Centre de services partagés du Québec ayant changé de fournisseur. Les données relatives aux fournitures de bureau achetées des mois de juillet 2018 à mars 2019 proviennent du nouveau fournisseur, mais sont équivalentes à celles des produits catalogués.
2. Proportion calculée à partir du résultat au 31 mars 2017, qui était de 30 %.

Explication des résultats

En vue de définir les orientations qui permettront d'améliorer la proportion des acquisitions faites de manière écoresponsable, le MSSS a élaboré une politique interne sur ce type d'acquisitions. La politique a été adoptée et mise en ligne dans l'intranet en 2018-2019. Elle a ensuite été présentée au comité des secrétaires, et a fait l'objet d'une annonce à tout le personnel, à la une de l'intranet ministériel.

En 2018-2019, 38 % des produits catalogués qui ont été acquis par l'intermédiaire du Centre de services partagés du Québec (CSPQ) étaient écoresponsables. Ainsi, 2163 des 5731 commandes correspondaient à au moins 1 des 18 critères d'écoresponsabilité établis par le CSPQ. Ce résultat représente une augmentation de 2 % par rapport à l'exercice financier précédent et de 26 % par rapport à 2016-2017. Les critères auxquels les produits ou les services acquis répondent le plus sont les suivants : provenir d'une entreprise qui a des pratiques environnementales et sociales certifiées ou vérifiées (723 cas) et provenir d'une entreprise qui a des pratiques environnementales certifiées ou vérifiées (344 cas).

Parmi les produits catalogués écoresponsables, le MSSS se procure notamment du papier et des fournitures de bureau. Il a également choisi des lieux d'hébergement écoresponsables, dans la majorité (82 %) des cas catalogués.

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
2.1 Réorganisation de la section Développement durable sur le site Web du MSSS	Atteint	Atteint	Section réorganisée en 2018
2.2 Bonification des liens entre le développement durable et des thématiques de santé et services sociaux présentées sur le site Web du MSSS	Ne s'applique pas	Atteint	Site Web bonifié en 2019

Mise en contexte

Afin d'améliorer ses activités de communication en matière de développement durable, le MSSS a réorganisé la section « Développement durable » de son site Web. En 2017-2018, celle-ci a été mise à jour et placée sous la section « Ministère » afin que les citoyens et les professionnels de la santé y aient plus facilement accès. Elle présente des informations sur la mise en œuvre du développement durable par le MSSS et par le RSSS. Cette modification visait à mettre en valeur le savoir-faire et les initiatives favorables au développement durable, qu'elles aient été prises par l'un ou par l'autre.

Explication des résultats

En 2018-2019, la section « Développement durable » a été enrichie d'informations à l'intention des établissements qui veulent définir leur propre démarche de développement durable. Le contenu présenté met en évidence les liens entre les activités des établissements et l'intégration du développement durable dans celles-ci. Il est consultable sur le site Web du MSSS dans la section « Développement durable ».

Objectif gouvernemental 1.2

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

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
3.1 Diffusion d'une offre de soutien aux directions concernant la PCPDD	Atteint	Atteint	Offre diffusée en 2017
3.2 Intégration d'une section Développement durable dans le modèle de fiche de présentation à l'intention du Comité de direction du Ministère	Atteint	Atteint	Section intégrée en 2018
3.3 Pourcentage des actions structurantes présentées au Comité de direction (CODIR) qui ont fait l'objet d'une PCPDD	17 %	Atteint 29 %	Augmentation en 2019 par rapport à 2017-2018

Mise en contexte

La prise en compte des principes du développement durable (PCPDD) vise à mieux intégrer le développement durable dans les sphères d'intervention au MSSS. C'est aussi un outil d'aide à la décision qui comprend une analyse élargie des répercussions d'un programme afin d'en maximiser les avantages. Elle peut comporter une valeur ajoutée significative, et elle peut également permettre de répondre aux principes d'efficacité et d'efficience.

Explication des résultats

En 2016-2017, une offre de soutien à l'exercice de la PCPDD a été acheminée à toutes les directions générales.

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

En 2018-2019, 29 % des actions structurantes présentées au CODIR pour approbation ont fait l'objet d'une prise en compte des principes du développement durable. On entend par « action structurante » une action relative à l'élaboration ou à la révision d'un projet de loi, d'un règlement, d'une politique, d'orientations, d'un cadre de référence, de lignes directrices, d'une stratégie ou d'un plan d'action. Le MSSS souhaite en voir augmenter le pourcentage au cours des prochaines années.

Objectif gouvernemental 1.4

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

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
4.1 Nombre d'activités de sensibilisation au développement durable réalisées	Atteint 6	Atteint 6	2 annuellement
4.2 Pourcentage des nouveaux employés sensibilisés au développement durable	Atteint 100 %	Atteint 100 %	100 % annuellement

Mise en contexte

Le MSSS fait la promotion et la mise en valeur des initiatives favorables au développement durable (y compris celles de nature culturelle) auprès de ses employés. Ces actions doivent s'effectuer en continu afin que les employés aient une compréhension commune du développement durable et, ultimement, qu'ils puissent en intégrer les principes dans leur quotidien, particulièrement au travail.

Explication des résultats

En 2018-2019, le MSSS a réalisé six activités de sensibilisation, dont des capsules d'information accessibles par tous les employés puisqu'elles figurent sur la page d'accueil de son intranet. Ces capsules portaient notamment sur les transports à mobilité durable, des thématiques liées à l'environnement ou l'offre de paniers biologiques. De plus, le MSSS participe au « Défi sans auto solo » et il organise une vente de plantes permettant d'amasser des fonds pour le jardin du centre de la petite enfance Feu Vert, situé dans l'un de ses lieux de travail. Enfin, la chorale du MSSS offre deux concerts par année aux employés.

En ce qui concerne la sensibilisation des employés dès leur entrée en poste, ces derniers reçoivent un courriel de bienvenue dans lequel le MSSS explique son engagement en matière de développement durable et comment l'employé peut lui aussi s'engager. En 2018-2019, 100 % des nouveaux employés ont reçu le courriel en plus d'avoir été sensibilisés au sujet par une présentation au cours des journées d'accueil organisées à leur intention, en mai et en décembre 2018.

Objectif gouvernemental 1.5

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

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

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible
5.1 Intégration de la dimension culturelle dans la mention d'excellence du ministre en développement durable	Atteint	Atteint	Dimension intégrée en 2018

Mise en contexte

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

Explication du résultat

En 2017-2018, la « mention d'excellence du ministre en matière de développement durable » a été transformée en prix d'excellence. Le MSSS a donc révisé le processus de mise en candidature et de sélection relativement au prix d'excellence en développement durable, notamment en y intégrant une dimension culturelle. Pour juger de la pertinence de la dimension culturelle, les répondants sont invités à se référer à la définition que l'UNESCO donne de la culture. À titre d'exemple, il peut s'agir soit d'une action qui concerne le respect de la diversité, l'identité ou le dialogue interculturel, soit d'une action qui fait la promotion des ressources culturelles ou du soutien à la créativité et à l'innovation. Deux points, sur un total de cent, sont octroyés si le projet présente une dimension culturelle. En 2018-2019, aucune nouvelle modification n'a été apportée aux critères du prix d'excellence en développement durable.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 2

DÉVELOPPER UNE ÉCONOMIE PROSPÈRE D'UNE FAÇON VERTE ET RESPONSABLE

Objectif gouvernemental 2.1

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

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
6.1 Collecte d'information sur l'état actuel des pratiques en matière d'approvisionnement responsable dans les établissements publics	Atteint	Atteint	Information collectée en 2017
6.2 Formation d'un comité multidisciplinaire chargé de l'élaboration d'un cadre de référence en approvisionnement responsable (CRAR)	Atteint	Atteint	Comité formé en 2018[1]
6.3 Diffusion du CRAR dans les établissements publics	Ne s'applique pas	Non atteint	Cadre diffusé en 2019

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

Mise en contexte

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

Explication des résultats

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

Les validations et l'élaboration des outils qui accompagneront le cadre de référence ont pris plus de temps que prévu, repoussant ainsi sa date diffusion.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 5

AMÉLIORER PAR LA PRÉVENTION LA SANTÉ DE LA POPULATION

Objectif gouvernemental 5.2

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

ACTION 7 Appuyer les établissements dans l'offre de soins durables aux personnes nécessitant de la suppléance rénale par des traitements de dialyse

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible
7.1 Amorce de l'étude des possibilités de rendre les traitements de suppléance rénale dispensés en établissement plus respectueux de l'environnement	Atteint	Atteint	Étude amorcée en 2018

Mise en contexte

Les orientations ministérielles portant sur les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales, publiées en 2015, contiennent une demande relativement à la mise à jour du Guide d'aménagement de l'unité de suppléance rénale. Dans la perspective d'assurer la promotion de la santé et de la sécurité dans les milieux de vie, le MSSS prévoit intégrer une démarche de développement durable dans le guide, à l'occasion de sa révision. Cette démarche vise à rendre les soins et les services plus respectueux de l'environnement ainsi qu'à améliorer l'utilisation des ressources financières par l'adoption de pratiques relevant d'une gestion écoresponsable.

Explication du résultat

En 2018-2019, deux rencontres ont été organisées afin de planifier l'intégration du développement durable dans le guide d'aménagement de l'unité de suppléance rénale. Un plan de travail a été discuté et est en préparation.

À l'automne 2018, le MSSS, après une demi-journée d'observation à l'Unité de dialyse de l'Hôtel-Dieu de Québec, a procédé à la cartographie d'un soin de dialyse dans le but d'en faire ressortir les pistes d'amélioration au regard des consommables. Les résultats de ces travaux seront présentés au sous-comité développement durable et purification de l'eau (sous-comité du comité d'expert en santé rénale).

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible
7.2 Pourcentage de nouveaux patients traités par des modes de traitement autonomes	23 %[1]	Non atteint (23 %[2])	25 % en 2019

1. Ce résultat couvre la période d'avril à septembre 2017.
2. Ce résultat couvre la période d'avril 2018 à mars 2019.

Mise en contexte

Les orientations ministérielles relatives à la suppléance rénale fixent, pour les nouveaux usagers traités par dialyse autonome, les taux de 25 % à atteindre en 2019. Les dialyses dites en mode autonome peuvent être faites à domicile. Il en existe deux types : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse. Cette initiative est un bel exemple de l'intégration du développement durable dans les soins puisqu'elle vise à favoriser le maintien de l'autonomie de la personne, qui a la possibilité de mener une vie active et satisfaisante dans son milieu de vie, tout en évitant les risques d'infections nosocomiales et l'émission de gaz à effet de serre causée par les déplacements, fréquents et parfois longs, vers un centre de dialyse.

Explication du résultat

En 2018-2019, 23 % de nouveaux patients sont traités par des modes de traitement autonomes, soit environ 426 patients. Ce résultat est égal au résultat de l'année précédente. Ainsi, la cible de 25 % fixée pour 2019 n'a pas été atteinte pour l'ensemble du Québec. Il faut toutefois préciser que 11 établissements sur 25 (44 %) ont atteint la cible de 25 % et que, pour 6 autres, le taux dépasse 24 %. Par ailleurs, le MSSS a constitué un comité d'experts en santé rénale qui procédera à la mise à jour des recommandations en cette matière, incluant la promotion de la dialyse à domicile.

Objectif gouvernemental 5.2

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

ACTION 8 Uniformiser les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux afin d'améliorer la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible
8.1 Taux de déclaration des établissements ciblés concernant le rapport d'analyse d'incidents et d'accidents en matière de retraitement des dispositifs médicaux	Atteint 85 %[1]	Non atteint (79 %[2])	100 % en 2019

1. Ce résultat couvre l'année financière 2016-2017. La cible était alors de 80 % en 2018.
2. Ce résultat couvre l'année financière 2017-2018.

Mise en contexte

Afin de promouvoir la santé et la sécurité des milieux de vie, le MSSS mène différentes actions dans le cadre de la prévention et du contrôle des infections. Lorsqu'il s'agit du retraitement des dispositifs médicaux (RDM), la prévention est indispensable en ce qui concerne le prénettoyage, le nettoyage, la stérilisation et l'entreposage du matériel médical stérile. Afin d'assurer la meilleure prévention des infections possible, les pratiques de RDM doivent être uniformes. Pour ce faire, il est important de connaître les problèmes que le RDM peut poser afin de déterminer les mesures à mettre en place pour les prévenir. Ainsi, le MSSS désire que les établissements faisant du RDM remplissent le registre d'incidents et d'accidents liés aux dispositifs médicaux.

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

Explication du résultat

Les résultats de la surveillance des incidents et des accidents liés au RDM survenus au Québec entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018 sont présentés dans le rapport d'analyse de l'INSPQ; 27 des 34 établissements (79 %) y ont participé. Ce rapport fait état d'un total de 4 694 événements indésirables liés au RDM, dont 4 206 (90 %) étaient des incidents et 488 (10 %) des accidents.

En 2018-2019, le résultat de 79 % représente une diminution de 6 points de pourcentage par rapport au résultat de l'année précédente (85 %), mais il se situe à 21 points de pourcentage de la cible de 100 % établie pour 2019. En 2018-2019, des sept établissements n'ayant pas participé, trois n'avaient pas de répondant en RDM. Des rappels et un travail de sensibilisation ont été faits auprès des établissements.

Objectif gouvernemental 5.2

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

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
9.1 Rédaction et diffusion d'un sondage sur les pratiques de nettoyage, de désinfection et d'utilisation des fournitures des établissements publics	Non atteint	Atteint	Sondage rédigé et diffusé en 2017
9.2 Rédaction et diffusion d'un rapport de recommandations portant sur les pratiques de nettoyage, de désinfection et d'utilisation des fournitures dans les établissements publics	Ne s'applique pas	Non atteint	Rapport rédigé et diffusé en 2019

Mise en contexte

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

Explication des résultats

En 2018-2019, un sondage sur les pratiques de nettoyage, de désinfection et d'utilisation des fournitures des établissements publics a été transmis aux 32 établissements publics visés. Au total, 28 d'entre eux ont répondu à ce sondage. Un second sondage, plus général, sur les pratiques durables et l'empreinte écologique a été envoyé au même moment et 27 des 32 établissements y ont répondu.

Les résultats des deux sondages ont été compilés et analysés. À partir de ces résultats, des propositions de recommandations ont été rédigées. Il reste maintenant à sélectionner les recommandations les plus pertinentes avant de les inclure dans le rapport de recommandations.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 6

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

Objectif gouvernemental 6.2

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

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
10.1 Formation du réseau de répondants en développement durable	Atteint	Atteint	Réseau formé en 2017
10.2 Formation du groupe d'accompagnement-conseil du réseau	Atteint	Atteint	Groupe formé en 2017
10.3 Adoption d'un plan d'action par le groupe d'accompagnement-conseil visant l'accroissement des démarches de développement durable dans le réseau	Atteint	Atteint	Plan d'action adopté en 2018
10.4 Pourcentage d'établissements publics ayant entrepris une démarche de développement durable	13 %	Non disponible	25 % en 2020[1]
10.5 Mise en œuvre du plan d'action du groupe d'accompagnement-conseil	33 %	83 %	100 % en 2020

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

Mise en contexte

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

Explication des résultats

En 2018-2019, le MSSS a travaillé à la promotion du développement durable dans les établissements du RSSS et à l'élaboration d'actions concrètes visant à les soutenir. Ainsi, deux rencontres ont eu lieu avec le réseau de répondants en développement durable pendant lesquelles une attention particulière a été portée aux besoins des établissements après qu'ait été dressé le portrait sur l'état des démarches de développement durable dans le RSSS. Des présentations sur différents sujets, tels que la gestion des matières résiduelles et l'électrification des transports, ont aussi été offertes aux répondants. Enfin, le MSSS a demandé la mise en place, pour le 31 mars 2019, d'un comité de développement durable dans tous les établissements ayant un répondant.

En 2018-2019, le groupe d'accompagnement-conseil en développement durable pour le RSSS (GACRSSS) a continué à mener les actions prévues à son plan d'action 2017-2020. Parmi les six actions de ce plan, cinq avaient été menées à terme au 31 mars 2019, portant le pourcentage de la mise en œuvre à 83 %.

Les trois actions de ce plan qui ont été réalisées en 2018-2019 concernent :

- la diffusion, en novembre 2018, d'un recueil de documents et de ressources s'adressant aux répondants de développement durable des établissements. Le recueil recense les différentes orientations gouvernementales en matière de développement durable qui touchent notamment les établissements. Il a pour but de clarifier les différentes attentes liées au développement durable formulées envers le RSSS;
- l'élaboration et la diffusion d'un guide donnant des précisions sur les exigences pour la mise en place d'une démarche de développement durable dans un établissement. Ce guide correspond à la section « Entreprendre une démarche de développement durable » du site Web du MSSS;
- la contribution du GACRSSS aux travaux liés à l'élaboration du cadre de référence ministériel en approvisionnement responsable.

En ce qui concerne l'état des démarches de développement durable dans le RSSS en 2018-2019, le sondage servant à le dresser n'a pas été effectué cette année dans le but d'alléger la tâche des répondants de développement durable. La prochaine collecte de l'information à ce sujet est prévue en 2019-2020.

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
11.1 Diffusion d'un guide portant sur la gestion des matières résiduelles	Atteint	Atteint	Guide diffusé en 2017
11.2 Réalisation d'activités de promotion de la saine gestion des matières résiduelles	Atteint 2	Atteint 2	Au moins 2 activités annuellement

Mise en contexte

La gestion des matières résiduelles a beaucoup de conséquences, à la fois pour les établissements et pour les collectivités. La sensibilisation du personnel des établissements et des usagers s'avère nécessaire, notamment pour que le principe des 3RV-E (réduction, réemploi, recyclage, valorisation et élimination) soit intégré dans les pratiques d'acquisition, d'utilisation et de disposition du matériel.

Explication des résultats

Le Guide de gestion des déchets du RSSS a été mis en ligne sur le site Web du MSSS en 2016-2017.

En 2018-2019, deux activités visant à promouvoir la saine gestion des matières résiduelles ont été réalisées : la rencontre des répondants de développement durable, le 25 mai 2018, pendant laquelle Recyc-Québec a présenté sa certification « ICI on recycle + » portant sur la gestion des matières résiduelles et une activité de promotion de la récupération alimentaire, qui a eu lieu le 13 novembre 2018 (présentation du programme de La Tablée des chefs).

Objectif gouvernemental 6.4

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

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

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
12.1 Mise à jour du cadre de gestion des infrastructures en vue d'intégrer les critères d'écoresponsabilité	Atteint	Atteint	Cadre mis à jour en 2018
12.2 Amélioration des connaissances en adaptation aux changements climatiques des partenaires dans le réseau	Atteint	Atteint	Diffusion d'un guide portant sur l'adaptation aux changements climatiques en 2018
12.3 Détermination des problématiques associées aux changements climatiques qui touchent le cadre bâti existant dans le réseau	Atteint	Atteint	Problématiques déterminées en 2018
12.4 Suivi des projets d'adaptation aux changements climatiques dans le réseau	Ne s'applique pas	Atteint 53 projet suivis	Suivi effectué en 2019

Mise en contexte

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

Explication des résultats

Pour l'année 2018-2019, en collaboration avec l'ensemble des intervenants engagés dans la mise en œuvre des programmes fonctionnels pour les projets d'investissement, des exercices de prise en compte des seize principes de la Loi sur le développement durable (RLRQ, chapitre D-8.1.1) ont été réalisés. Deux projets d'investissement ont pris en compte des critères d'écoresponsabilité.

Sous l'angle de la résilience, un premier projet d'adaptation visant l'analyse des vulnérabilités, associées aux changements climatiques, du parc immobilier d'un établissement est actuellement en cours. Par ailleurs, une formation sur les enjeux des changements climatiques dans le cadre d'un projet d'investissement a été donnée.

En 2018-2019, dans le cadre des projets d'adaptation aux changements climatiques, la mise en œuvre du plan d'action sur la lutte aux îlots de chaleurs urbains des installations a permis de faire le suivi de 53 projets.

Objectif gouvernemental 8.1

Améliorer l'efficacité énergétique

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

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

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

La réduction de l'utilisation du mazout léger

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible
13.4 Diffusion d'une directive sur l'utilisation du mazout léger	Non atteint	Non atteint	Directive diffusée en 2017

Mise en contexte

Le parc immobilier du RSSS est imposant et les bâtiments ne sont pas tous alimentés par une source d'énergie renouvelable. Selon les objectifs de la priorité 11, « Exemplarité de l'État », du *Plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques*, les systèmes de chauffage utilisant le mazout, lourd ou léger, comme source d'énergie principale doivent être remplacés, d'ici 2020, par des systèmes fonctionnant aux énergies renouvelables. Cela vise à favoriser l'atteinte de la cible gouvernementale concernant la réduction des gaz à effet de serre.

Explication des résultats

En 2018-2019, les cibles sur la diminution des installations de production de chaleur utilisant le mazout lourd et la réduction de l'utilisation du mazout léger n'ont pas été atteintes. D'autres questions de santé et de sécurité dans le cadre de la gestion des infrastructures ont été jugées prioritaires par le MSSS. Ainsi, l'inventaire des installations de production de chaleur au mazout lourd par les établissements n'a pas été fait. Le plan national de remplacement de ces installations n'a pas été élaboré et aucune directive sur l'utilisation du mazout léger n'a été diffusée dans le RSSS. Les cibles déterminées pour ces quatre indicateurs n'ont donc pas été atteintes.

L'évaluation de projets en matière d'efficacité énergétique

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible
13.5 Évaluation de projets en matière d'efficacité énergétique	Atteint 4 projets évalués	Atteint 1 projet évalué	Annuellement

Mise en contexte

Les établissements soumettent au MSSS des projets en matière d'efficacité énergétique afin d'obtenir le financement nécessaire à la réalisation de ceux-ci. Pour évaluer la pertinence des projets et octroyer ce financement, le MSSS se base sur plusieurs critères, dont la période de récupération sur l'investissement et la durée de vie utile du projet.

Explication du résultat

En 2018-2019, un nouveau projet en matière d'efficacité énergétique a été évalué par le MSSS.

L'amélioration des connaissances sur la consommation énergétique des immeubles

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
13.6 Pourcentage d'établissements ayant réalisé l'inventaire des installations utilisant un système de suivi de la consommation énergétique	Non atteint	Non atteint	100 % en 2017
13.7 Rédaction et diffusion de recommandations sur les systèmes de suivi de la consommation énergétique	Non atteint	Non atteint	Recommandations rédigées et diffusées en 2018
13.8 Suivi de la mise en œuvre des recommandations sur les systèmes de suivi de la consommation énergétique	Non applicable	Non atteint	Suivi effectué jusqu'en 2020

Mise en contexte

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

Explication des résultats

En 2018-2019, les cibles sur l'amélioration des connaissances sur la consommation énergétique des immeubles n'ont pas été atteintes, compte tenu des priorités ministérielles sur des questions de santé et de sécurité. Ainsi, aucun inventaire des installations utilisant un système de suivi de la consommation énergétique n'a été fait. Il en va de même quant à la rédaction et à la diffusion de recommandations sur ces systèmes, actions qui pourront être entreprises seulement une fois qu'un portrait fiable de la consommation énergétique dans le RSSS aura été établi. Conséquemment, en l'absence de recommandations, aucun suivi de leur mise en œuvre n'a pu être effectué.

2.3 LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

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

Le MSSS offre directement certains services à la population. Ce sont précisément ceux-ci, et non l'ensemble des soins de santé et des services sociaux, qui font l'objet de la Déclaration de services aux citoyens du MSSS, soit :

- les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux;
- les demandes et les plaintes concernant la Loi encadrant le cannabis;
- les renseignements se rapportant à la Loi concernant la lutte contre le tabagisme et les inspections liées à son application;
- les demandes et les plaintes concernant la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel;
- les demandes et les plaintes concernant la Loi sur les activités funéraires;
- les demandes concernant la gestion des permis délivrés aux thanatopracteurs et aux entreprises de services funéraires;
- les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec;
- la recherche d'antécédents sociobiologiques pour les cas d'adoption hors Québec;
- les renseignements se rapportant à la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

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

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

D'avril 2018 à mars 2019, le MSSS a répondu à un total de 3 735 demandes de renseignements. Il s'agit de demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponse. On observe une certaine stabilité du nombre de demandes par rapport à l'exercice précédent (83 demandes en moins).

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

Mode de communication	2017-2018	2018-2019
Appels téléphoniques	2 569 (67 %)	2 216 (59 %)
Courriels	1 259 (33 %)	1 519 (41 %)
Total	**3 828 (100 %)**	**3 735 (100 %)**

Le téléphone demeure le moyen de communication le plus fréquemment utilisé (59 %) pour les demandes de renseignements, devant les courriels (41 %). En 2018-2019, on constate une augmentation de 8 points de pourcentage pour les courriels par rapport à l'exercice financier précédent.

En vertu d'une entente de service, le service de première ligne aux citoyens est assuré par Services Québec, qui relève du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Appels téléphoniques

Engagements	• Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec • Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h à 18 h • Réponse la plus rapide possible

- Pour toute demande de renseignements, les citoyens peuvent composer le numéro sans frais de Services Québec, soit le 1 877 644-4545. Les appels téléphoniques sont pris en charge du lundi au vendredi, de 8 h à 18 h, et ce, dans un délai de trois minutes, selon la Déclaration de services aux citoyens de Service Québec, sauf les jours fériés.
- Les demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponse sont transférées à la boîte vocale des renseignements généraux du MSSS. Le citoyen doit laisser un message et il recevra un appel ou un courriel dans un délai de deux jours ouvrables.
- Dans le cas d'une demande complexe, qui nécessite une recherche ou une approbation de l'unité administrative qu'elle concerne, la réponse est donnée dans les meilleurs délais.
- Le MSSS assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

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

- Les citoyens peuvent envoyer leur demande de renseignements par l'entremise des sites Internet du MSSS qui font référence au formulaire de Services Québec, au www.quebec.ca/nous-joindre/courriel/?s=38. Services Québec répond à ces courriels dans un délai de deux jours ouvrables.
- En ce qui concerne les demandes auxquelles Services Québec, répondant de première ligne, n'a pu fournir de réponse, elles sont envoyées dans la boîte courriel des renseignements généraux du MSSS. Certaines d'entre elles proviennent du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale; il peut s'agir de demandes de renseignements, de commentaires ou de plaintes.
- Dans la quasi-totalité des cas, une réponse est fournie au citoyen à l'intérieur d'un délai de deux jours ouvrables ou, sinon, dans les dix jours ouvrables.
- Dans le cas d'une demande complexe, qui nécessite une recherche ou une approbation de l'unité administrative qu'elle concerne, le citoyen est avisé du suivi donné à sa demande. La réponse lui sera donnée dans les meilleurs délais, conformément aux engagements ministériels.

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

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

Au 31 mars 2019, 649 dossiers d'adoption étaient ouverts, dont 144 l'ont été au cours de l'exercice financier. Pour 84 % (121/144) d'entre eux, l'ouverture s'est faite par l'intermédiaire d'un organisme agréé.

En 2018-2019, huit demandes de renouvellement d'agrément de la part d'organismes ont été examinées.

Au cours de cette même période, 175 nouveaux dossiers de recherche des origines ont été ouverts, une augmentation de 113 dossiers par rapport à l'exercice 2017-2018. Un ou plusieurs services ont été demandés par 198 usagers, soit 520 demandes de divulgation d'identité, 357 demandes de retrouvailles et 110 demandes de sommaires et autres informations d'antécédents.

Outre les demandes d'informations ou de suivi de dossiers faites par les adoptants ayant un dossier ouvert dans un organisme agréé, 258 demandes de citoyens concernant un projet d'adoption sans l'intermédiaire d'un organisme agréé ont été reçues et traitées.

En 2018-2019, 225 demandes d'information sur la recherche des origines ont été reçues par courrier électronique et traitées.

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

Appels téléphoniques

Engagements	• Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec • Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30 • Réponse la plus rapide possible

- Le SAI dispose d'un numéro sans frais (1 800 561-0246).
- Le SAI assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30.
- Le SAI utilise une arborescence téléphonique, laquelle permet de diriger plus rapidement le citoyen vers le service dont il a besoin. Ainsi, chaque appel est pris en charge dans un souci d'assurer au citoyen le traitement adéquat et rapide de sa demande.
- Le SAI répond quotidiennement aux appels téléphoniques faits par des organismes agréés ou des intervenants du RSSS (centres de santé et de services sociaux, centres jeunesse), mais surtout par des citoyens souhaitant obtenir des renseignements ou présenter un projet d'adoption.

Demande écrite (poste, courrier électronique ou télécopieur)

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

- En exerçant son mandat, le SAI assure un suivi rigoureux des démarches d'adoption et doit confirmer, par écrit, la conformité de chacune des étapes du processus d'adoption. Ainsi, il a produit rapidement l'ensemble des lettres requises pour chacun des 649 dossiers d'adoption ouverts.
- Le SAI ne possède pas de système pour comptabiliser le délai de production des lettres nécessaires au cheminement de ces dossiers. Toutefois, selon les observations et les analyses ponctuelles, le SAI répond, dans la très grande majorité des cas, en moins de dix jours ouvrables.
- Pour les demandes en matière de recherche des origines, un accusé de réception est généralement transmis aux demandeurs dans un délai de dix jours ouvrables, soit par voie électronique ou par la poste.

Demandes en personne

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

- Chaque visiteur arrivant au SAI est accueilli par un personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30. Dès que le visiteur arrive, un agent de bureau voit immédiatement à l'annoncer au service approprié.
- Les visiteurs n'ayant pas de rendez-vous sont traités de la même façon que ceux qui en avaient pris un. L'employé visé est informé et, s'il lui est impossible de recevoir un visiteur dans l'immédiat, des arrangements sont pris avec ce dernier.

2.3.3 Les demandes de renseignements, plaintes ou commandes de matériel relatives à l'application de certaines lois

La Direction de l'inspection et des enquêtes (DIE) est notamment responsable, au sein du MSSS, de l'application des lois suivantes : la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2), la Loi encadrant le cannabis (RLRQ, chapitre C-5.3) et la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (RLRQ, chapitre C-5.2).

En conséquence, outre les visites d'inspection, la DIE fournit des renseignements tant à la population qu'aux exploitants et aux employés des lieux visés par ces lois. De plus, elle reçoit les plaintes se rapportant à l'application de ces lois et assure le suivi des commandes de matériel. Le téléphone est le moyen de communication le plus souvent utilisé par ceux qui demandent des renseignements, déposent des plaintes ou commandent du matériel.

Répartition des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel, selon le mode de communication utilisé, et délai de réponse moyen

Mode de communication	Nombre	Délai de réponse moyen
Appel téléphonique	3 152	Sans objet
Courrier électronique	628	3,7 jours
Total	**3 780**	**Sans objet**

En 2018-2019, les agents du service à la clientèle ont répondu à 3 152 appels téléphoniques concernant des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel, soit une diminution de 48 appels par rapport à 2017-2018. En raison de l'absence d'un système de gestion des appels, ce résultat s'appuie sur un comptage manuel des appels reçus, fait par les agents du service à la clientèle. Aucune donnée sur le délai de réponse moyen ou la durée moyenne des appels n'a donc pas pu être colligée.

Les agents ont également donné suite à 628 courriers électroniques au cours de l'année financière 2018-2019, soit une augmentation de 201 courriers électroniques par rapport à 2017-2018. Le temps d'attente moyen avant d'avoir une réponse a augmenté comparativement à l'année précédente, passant de 2 jours à 3,7 jours, notamment en raison de l'absence prolongée d'un employé attitré à ce dossier. La situation est maintenant revenue à la normale.

Appels téléphoniques

Engagements	• Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec • Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30 • Réponse la plus rapide possible

- Le numéro sans frais 1 877 416-8222 est en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30. En dehors de ces heures, une boîte vocale enregistre les appels et le personnel y répond dans les meilleurs délais, assurant ainsi la continuité du service à la clientèle dans le respect de la Déclaration de services aux citoyens.
- En 2018-2019, les agents ont répondu à 3 152 appels téléphoniques. La plupart de ces appels visaient les secteurs d'activité placés sous la responsabilité de la DIE, soit :
  - la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2) et son application (2 875 appels);
  - la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (22 appels);
  - la Loi encadrant le cannabis, entrée en vigueur le 17 octobre 2018 (391 appels).

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

- les salons funéraires (17 appels);
- les laboratoires d'imagerie médicale et les ressources en dépendance (1 appel).

Pour l'ensemble des secteurs d'activité, il s'agissait de demandes de renseignements sur les lois et les règlements (70 %), de plaintes liées à leur application (21 %) ou de commandes de matériel (9 %). Au total, les 3 152 appels représentent une diminution de 2 % par rapport à l'année financière précédente. Les statistiques démontrent une stabilité depuis plus d'un an. Toutefois par rapport à 2017-2018, les demandes de renseignements ont augmenté de 7 points de pourcentage, alors que les plaintes ont diminué de 5 points de pourcentage.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

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

La population a la possibilité de demander, par courrier électronique, des renseignements sur la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2), à l'adresse suivante : loi-tabac@msss.gouv.qc.ca, ou sur la Loi encadrant le cannabis (RLRQ, chapitre C-5.3), à l'adresse suivante : loi-cannabis@msss.gouv.qc.ca. En 2018-2019, 628 demandes ont été reçues par ce moyen de communication, soit une augmentation de 47 % par rapport à l'année financière précédente. Pour l'ensemble des secteurs d'activité, il s'agissait de demandes de renseignements sur les lois et règlements (28 %), de plaintes liées à leur application (58 %) ou de commandes de matériel (2 %). Par ailleurs, 12 % des demandes étaient reliées au cannabis. Les demandes de renseignements ont diminué de 18 points de pourcentage et les plaintes ont augmenté de 7 points de pourcentage par rapport à 2017-2018. Les demandes portant sur l'interdiction de fumer à moins de neuf mètres de certains lieux et celles qui ont rapport aux commerces de cigarettes électroniques ont également diminué. Les 628 courriels concernaient directement l'application des lois. La réponse a été donnée par courriel dans 78 % des cas et par téléphone dans 7 % des cas, et ce, en 3,7 jours en moyenne. Les autres messages (15 %) n'exigeaient pas de réponse, soit parce qu'il s'agissait de copies conformes, que le contenu était à caractère haineux ou que l'expéditeur avait expressément demandé de ne pas recevoir de réponse.

2.3.4 Les plaintes

Engagements	• Traitement de la plainte dans un délai de 20 jours ouvrables ou moins à compter de sa réception • Si la transmission d'une réponse complète et finale est impossible à l'intérieur de ce délai, la personne est informée de la date à laquelle la réponse lui sera transmise

En 2018-2019, aucune plainte n'a été formulée au regard des engagements qui figurent dans la Déclaration de services aux citoyens du MSSS, excluant les services liés à l'adoption ou à l'application de certaines lois (dont il a été question aux sous-sections 2.3.2 et 2.3.3 respectivement).

En vertu d'une entente de service, le service de première ligne aux citoyens est assuré par Services Québec, qui relève du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS). Un accusé de réception est systématiquement envoyé et la réponse à une demande est transmise au citoyen à l'intérieur d'un délai de deux jours ouvrables lorsque celle-ci est reçue par courrier électronique ou par télécopieur. Quant aux appels téléphoniques, selon la Déclaration de services aux citoyens de Services Québec, le personnel y répond dans un délai de trois minutes s'ils sont reçus pendant les heures d'ouverture des bureaux et les messages laissés dans les boîtes vocales sont traités dans un délai d'un jour ouvrable.

Lorsqu'une plainte reçue par Services Québec concerne les services offerts par un établissement de santé et de services sociaux ou par l'un de ses partenaires publics ou privés, le citoyen est dirigé vers le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement où ont été fournis les services visés par sa plainte. En cas d'insatisfaction relativement à la réponse ou au suivi en question, il recevra les coordonnées du Protecteur du citoyen.

Les plaintes et les commentaires qui concernent les services ou les programmes directement administrés par le MSSS et qui ont été reçus par Services Québec ou par le MTESS sont redirigés vers la boîte vocale ou la boîte de courriel du bureau de renseignements du MSSS.

Dans le cas de messages téléphoniques, le bureau de renseignements rend un appel à l'intérieur de deux jours ouvrables. Lorsqu'il s'agit de courriels ou de lettres, un accusé de réception est envoyé au citoyen, lui mentionnant que sa plainte ou ses commentaires seront transmis au service approprié du MSSS. Le bureau de renseignements les achemine effectivement à ce service ou au cabinet des ministres.

PARTIE 3

L'UTILISATION DES RESSOURCES

3.1 LES RESSOURCES HUMAINES

La répartition de l'effectif

Au 31 mars 2019, le MSSS employait 1 170 personnes ayant un statut régulier ou occasionnel, pour une consommation totale d'heures rémunérées de 1 979 184[4]. Les augmentations observées par rapport à l'année financière précédente s'expliquent par :

- l'internalisation de ressources en technologies de l'information;
- la régularisation d'emplois du domaine de la santé et des services sociaux qui étaient auparavant occupés par des employés en prêt de service;
- la création du Fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis;
- le transfert des employés du Secrétariat aux aînés au MSSS en octobre 2018, personnel qui relevait antérieurement du ministère de la Famille.

4. Les heures rémunérées utilisées par le Secrétariat aux aînés ont été ajoutées en totalité pour l'année financière 2018-2019 à celles du MSSS, bien qu'elles ont été comptabilisées dans les systèmes administratifs du ministère de la Famille jusqu'au 31 mars 2019.

Effectif en poste au 31 mars 2019

Secteurs d'activités[1]	2017-2018	2018-2019	Écart
Direction supérieure	23	22	- 1
Direction générale de cancérologie	21	24	3
Direction générale des services de santé mentale et de psychiatrie légale	–	10	10
Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité	69	72	3
Direction générale de la santé publique	83	101	18
Direction générale des services sociaux	101	119	18
Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire	75	47	- 28
Direction générale du personnel réseau et ministériel	109	92	- 17
Direction générale du financement, de l'allocation des ressources et du budget	143	102	- 41
Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement	–	61	61
Direction générale à la coordination réseau et ministérielle	108	116	8
Direction générale des technologies de l'information	310	322	12
Direction générale des services de proximité, des urgences et du préhospitalier	–	46	46
Secrétariat aux aînés	–	34	34
Sous-total	**1 042**	**1 168**	**126**
Commissaire à la santé et au bien-être	2	2	0
TOTAL	**1 044**	**1 170**	**126**

1. En raison de réorganisations administratives, certains secteurs d'activités n'ont pas d'historique ou encore le nom du secteur a été modifié.

Heures rémunérées par secteur d'activité stratégique 2018-2019

Secteur d'activité	Heures rémunérées 2017-2018	Heures rémunérées 2018-2019	Écart
Direction supérieure	39 542	40 327	785
Direction générale de cancérologie	35 273	38 297	3 024
Direction générale des services de santé mentale et de psychiatrie légale	–	13 316	13 316
Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité	114 370	125 385	11 015
Direction générale de la santé publique	138 846	165 088	26 242
Direction générale des services sociaux	183 206	202 701	19 495
Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire	121 985	73 050	- 48 935
Direction générale du personnel réseau et ministériel	192 305	171 403	- 20 902
Direction générale du financement, de l'allocation des ressources et du budget	250 514	184 131	- 66 383
Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement	–	86 025	86 025
Direction générale à la coordination réseau et ministérielle	193 410	205 721	12 311
Direction générale des technologies de l'information	522 736	552 081	29 345
Direction générale des services de proximité, des urgences et du préhospitalier	–	66 013	66 013
Secrétariat aux aînés	–	55 646	55 646
Sous-total	**1 792 187**	**1 979 184**	186 997
Commissaire à la santé et au bien-être	**5 682**	0	- 5 682
Total en heures rémunérées	**1 797 869**	**1 979 184**	**181 315**
Total en ETC transposés (total heures rémunérées /1 826,3 heures)	**984,43**	**1 083,71**	99,28

1. Le Secrétariat aux aînés a été transféré dans les systèmes administratifs du MSSS le 1er avril 2019 et les informations relatives à la consommation d'heures rémunérées totale pour l'année financière 2018-2019 ont été fournies par le ministère de la Famille.
2. Le total des heures rémunérées comprend les heures travaillées et les heures effectuées en temps supplémentaire par le personnel régulier et occasionnel, à l'exclusion des stagiaires et des étudiants.
3. Le total en ETC transposés est le nombre total d'heures rémunérées converti en équivalent temps complet (ETC) sur la base de 35 heures par semaine, soit 1 826,3 heures par année.

La formation et le perfectionnement du personnel[5]

Pendant l'année civile 2018, le MSSS a consacré 1,03 % de sa masse salariale, soit 823 860 dollars[6], à la formation de son personnel, atteignant ainsi la cible de 1 % établie par la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre (RLRQ, chapitre D-8.3). Il montre ainsi l'importance qu'il accorde à la formation de ses employés, à qui il donne la possibilité d'acquérir les compétences leur permettant d'offrir des services de qualité, correspondant à sa mission.

Répartition des dépenses totales[1] destinées à la formation et au développement du personnel par champs d'activité

Champ d'activité	2017	2018
Favoriser le champ d'activité ou l'orientation stratégique « Développement des compétences »	155 537 $	174 539 $
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	51 683 $	60 302 $
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	72 114 $	111 975 $
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	23 886 $	28 665 $
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	27 012 $	27 787 $

1. Les dépenses totales sont les coûts directs et indirects, excluant le salaire des participants.

Évolution des dépenses en formation (année civile)

	2017[1]	2018[1]
Proportion de la masse salariale	1,07 %	1,03 %
Nombre moyen de jours de formation par personne	1,69 jour	1,4 jour
Montants alloués par personne	773 $	708 $

1. Le dénominateur pour le calcul du nombre de jours de formation et des montants alloués par personne est le nombre total d'employés nommés en vertu de la Loi sur la fonction publique.

Jours de formation selon les catégories d'emploi (année civile)

	2017	2018
Cadres	236 jours et 4 heures	258 jours et 4 heures
Professionnels	1 147 jours et 5 heures	1 072 jours et 6,5 heures
Fonctionnaires	340 jours et 6 heures	310 jours et 3,5 heures

5. Les informations relatives à la formation et au perfectionnement du personnel du Secrétariat aux aînés se trouvent dans le rapport annuel de gestion du ministère de la Famille.

6. Ce montant inclut le salaire des participants.

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

Le taux de départ volontaire pour l'année financière 2018-2019 a diminué comparativement à celui de l'exercice précédent. Cela s'explique par l'augmentation du dénominateur, soit le nombre total d'employés réguliers, qui est passé de 1 044 (2017-2018) à 1 170 personnes (2018-2019).

Taux de départ volontaire (taux de roulement) du personnel régulier (année financière) [1]

	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Taux de départ volontaire	15,89 %	18,70 %	18,20 %

1. Le taux de départ volontaire du personnel régulier correspond au nombre de retraites, de mutations à l'extérieur du MSSS et de démissions divisé par la moyenne de population pour l'année financière 2018-2019. Ce taux inclut les données du MSSS, du Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux, du Fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis ainsi que du Commissaire à la santé et au bien-être, mais exclut les données du Secrétariat aux aînés, lesquelles sont présentées dans le Rapport annuel de gestion du ministère de la Famille.

Évolution des composantes du taux de départ volontaire du personnel régulier (année financière)

	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Démissions	24	24	25
Retraites	33	31	36
Mutations	100	130	129

La mobilisation du personnel et le climat de travail

En 2015, le MSSS a intégré un axe sur la mobilisation du personnel dans son *Plan stratégique 2015-2020*. L'objectif est de maintenir la mobilisation du personnel en accroissant la capacité de celui-ci à s'adapter à un contexte ministériel en évolution afin d'être en mesure de relever les défis actuels et futurs posés par le système de santé québécois.

Avec le souci de poursuivre son engagement dans une démarche d'amélioration continue des pratiques de gestion, le MSSS a invité, en février 2019, l'ensemble de son personnel à remplir le questionnaire « Appréciation des pratiques de gestion en santé et mieux-être du supérieur immédiat »; 77 % des employés l'ont fait, comparativement à 81 % en 2017-2018.

Les pratiques de gestion en santé et mieux-être ayant cours au MSSS obtiennent de très bons résultats, qu'elles concernent l'environnement de travail, l'organisation du travail, la reconnaissance, la responsabilisation, la santé globale ou la communication. En effet, pour 15 des 16 énoncés du sondage, la proportion des réponses positives est de 90 % ou plus, contre 13 en 2017-2018. Pour une deuxième année consécutive, la proportion atteint ou dépasse 95 % pour cinq énoncés. Cette amélioration est le résultat d'une sensibilisation accrue du personnel d'encadrement à l'importance d'adopter de bonnes pratiques de gestion en santé et mieux-être.

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

3.1.1. L'accès à l'égalité en emploi

Les données globales

Le MSSS a embauché 337 nouveaux employés au cours de la dernière année financière.

Nombre total de personnes embauchées[1], selon le statut d'emploi, au cours de la période 2018-2019

	Régulier[2]	Occasionnel[3]	Étudiant	Stagiaire
Total	156	97	61	23

1. Si, dans l'année financière ciblée, une personne a été embauchée selon deux statuts d'emploi différents, elle apparaît dans les deux statuts. Les données sur l'embauche des employés du Secrétariat aux aînés sont présentées dans le rapport annuel de gestion du ministère de la Famille.
2. Les données sur l'embauche du personnel régulier n'incluent que les données sur le recrutement.
3. Le nombre total de personnes embauchées à titre occasionnel n'inclut que les personnes ayant fait l'objet d'au moins un mouvement (nomination ou renouvellement) durant la période visée et un seul mouvement par personne est compté.

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

Le MSSS poursuit ses efforts afin d'accroître la représentation des différentes composantes de la société québécoise parmi son personnel. En 2018-2019, il a recruté 85 membres des groupes cibles, ce qui correspond à 25 % de l'embauche incluant tous les statuts d'emploi. Le MSSS atteint donc, pour une deuxième année consécutive, l'objectif d'embauche gouvernemental de personnes appartenant à l'un des quatre groupes cibles (minorités visibles et ethniques, anglophones, autochtones et personnes handicapées), objectif qui se situe à 25 % des nouveaux employés.

Taux d'embauche des membres des groupes cibles en 2018-2019

Statuts d'emploi	Embauche totale	Nombre de membres des minorités visibles et ethniques	Anglophones	Autochtones	Personnes handicapées	Total par statut d'emploi	Taux d'embauche par statut d'emploi[1]
Régulier[2]	156	28	1	1	2	32	20,51 %
Occasionnel[3]	97	17	1	1	3	22	22,68 %
Étudiant	61	17	0	0	2	19	31,15 %
Stagiaire	23	10	0	0	2	12	52,17 %

1. Le taux d'embauche par statut d'emploi est calculé selon le nombre de personnes membres d'au moins un groupe cible dans un statut d'emploi donné par rapport au nombre total de personnes embauchées en 2018-2019 dans le même statut d'emploi. Les données du Secrétariat aux aînés sont présentées dans le Rapport annuel de gestion du Secrétariat aux aînés.
2. Les données sur l'embauche du personnel régulier n'incluent que les données sur le recrutement.
3. Le nombre total de personnes embauchées à titre occasionnel n'inclut que les personnes ayant fait l'objet d'au moins un mouvement (nomination ou renouvellement) durant la période visée et un seul mouvement par personne est compté.

Évolution du taux d'embauche global des membres des groupes cibles par statut d'emploi (%)

Statuts d'emploi	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Régulier	9 %	24 %	21 %
Occasionnel	9 %	22 %	23 %
Étudiant	16 %	18 %	31 %
Stagiaire	14 %	54 %	52 %

Au 31 mars 2019, l'effectif régulier du MSSS comprenait 0,7 % d'autochtones, 0,6 % d'anglophones et 1 % de personnes handicapées. Le MSSS doit donc poursuivre ses efforts visant à accroître la représentativité des personnes handicapées afin d'atteindre le pourcentage gouvernemental visé, qui est de 2 %.

Évolution de la représentativité des membres des groupes cibles (excluant les membres des minorités visibles et ethniques) au sein de l'effectif régulier – résultats comparatifs au 31 mars de chaque année

Groupes cibles[1]	Nombre en 2017	Taux de représentativité au sein de l'effectif régulier total en 2017 (%)	Nombre en 2018	Taux de représentativité au sein de l'effectif régulier total en 2018 (%)	Nombre en 2019	Taux de représentativité au sein de l'effectif régulier total en 2019 (%)
Autochtones	8	0,8 %	6	0,6 %	8	0,7 %
Anglophones	4	0,4 %	5	0,5 %	7	0,6 %
Personnes handicapées	7	0,7 %	11	1,1 %	12	1,1 %

1. Les données du Secrétariat aux aînés ne sont pas incluses puisqu'elles ont été transférées dans les systèmes administratifs du MSSS le 1er avril 2019. On peut cependant préciser ici que le Secrétariat ne comptait aucun employé membre de l'un des groupes cibles.

Afin que le nombre de membres des minorités visibles et ethniques (MVE) augmente au sein de la fonction publique, de façon à ce que celle-ci soit représentative de la population du Québec, le Programme d'accès à l'égalité en emploi pour les membres des MVE 2018-2023 innove par la notion de *cible de représentativité régionale* qu'il comporte. Les données des années antérieures à 2019, en date du 31 mars, ne sont pas disponibles puisque les données n'étaient alors pas calculées selon les régions administratives.

La représentativité des MVE au sein des effectifs régulier et occasionnel du MSSS dans la région de Montréal est de 29 %, alors que la cible à atteindre est de 41 % et dans la région de la Capitale-Nationale, elle est de 10 %, alors que la cible à atteindre est de 12 %. En 2018-2019, le MSSS a entrepris la rédaction d'un plan d'action en matière d'accès à l'égalité en emploi ayant pour objectif d'accroître la représentativité des MVE au sein de son personnel.

Évolution de la présence des membres des minorités visibles et ethniques (MVE) au sein des effectifs régulier et occasionnel[1] – résultats comparatifs au 31 mars de chaque année

Groupes cibles par regroupement de régions	Nombre au 31 mars 2019[2]	Taux de présence dans des effectifs régulier et occasionnel au 31 mars 2019	Nombre au 31 mars 2018	Taux de présence dans des effectifs régulier et occasionnel au 31 mars 2018	Nombre au 31 mars 2017	Taux de présence dans des effectifs régulier et occasionnel au 31 mars 2017
MVE Montréal/Laval	42	29 %	–	–	–	–
MVE Outaouais/ Montérégie	0	0 %	–	–	–	–
MVE Estrie/Lanaudière/ Laurentides	0	0 %	–	–	–	–
MVE Capitale–Nationale	98	10 %	–	–	–	–
MVE Autres régions	0	0 %	–	–	–	–

1. Par souci de conformité avec les cibles établies dans le Programme d'accès à l'égalité en emploi pour les membres des MVE 2018-2023, les données excluent les membres de la haute direction (titulaires d'emplois supérieurs).
2. Les données du Secrétariat aux aînés ne sont pas incluses puisqu'elles ont été transférées dans les systèmes administratifs du MSSS le 1er avril 2019. On peut cependant préciser ici que l'effectif comptait deux membres de MVE, ce qui équivaut à 6,5 % du personnel.

Afin que la présence des membres des MVE augmente au sein du personnel d'encadrement, le Programme d'accès à l'égalité en emploi pour les membres des MVE 2018-2023 inclut une cible portant sur la représentativité au sein du personnel d'encadrement, fixée à 6 %. Au 31 mars 2019, le personnel d'encadrement du MSSS ne comptait aucun membre de MVE.

Présence des membres des minorités visibles et ethniques au sein des effectifs régulier et occasionnel – résultat pour le personnel d'encadrement au 31 mars 2019[1]

Groupe cible	Personnel d'encadrement (#)	Personnel d'encadrement (%)
Minorités visibles et ethniques	0	0 %

1. Les données du Secrétariat aux aînés ne sont pas incluses puisqu'elles ont été transférées dans les systèmes administratifs du MSSS le 1er avril 2019. On peut cependant préciser ici qu'aucun cadre n'était membre des MVE.

La représentation féminine

Le MSSS souhaite assurer aux femmes une place de choix dans tous les statuts d'emploi ainsi que dans l'ensemble des corps d'emploi. Au 31 mars 2019, les femmes représentaient 68 % des nouvelles embauches du MSSS et 61 % du personnel régulier total.

Taux d'embauche des femmes en 2018-2019, par statut d'emploi[1]

	Personnel régulier	Personnel occasionnel	Personnel étudiant	Personnel stagiaire	**Total**
Nombre total de personnes embauchées	156	97	61	23	**337**
Nombre de femmes embauchées	103	79	32	14	**228**
Taux d'embauche des femmes	66 %	81 %	52 %	61 %	**68 %**

1. Les données du Secrétariat aux aînés sont présentées dans le Rapport annuel de gestion du Secrétariat aux aînés.

Taux de présence des femmes au sein de l'effectif régulier, au 31 mars 2019[1]

	Personnel d'encadrement	Personnel professionnel[2]	Personnel technicien	Personnel de bureau	Personnel des agents de la paix	Personnel ouvrier	**Total**
Nombre d'effectif total (hommes et femmes)	100	714	179	95	0	0	**1 088**
Nombre de femmes	54	417	105	93	0	0	**669**
Taux de représentativité des femmes (%)	54 %	58 %	59 %	98 %	–	–	**61 %**

1. Les données du Secrétariat aux aînés ne sont pas incluses puisqu'elles ont été transférées dans les systèmes administratifs du MSSS le 1er avril 2019. On peut cependant préciser ici que les femmes constituaient 50 % du personnel d'encadrement, 56,5 % du personnel professionnel, 100 % du personnel technicien et 100 % du personnel de bureau, pour une représentativité totale des femmes de 64,5 % de l'effectif régulier du Secrétariat aux aînés.
2. Personnel professionnel : y compris les ingénieurs et les conseillers en gestion des ressources humaines.

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

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

Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées (PDEIPH)

Nombre de projets soumis au Centre de services partagés du Québec dans le cadre du PDEIPH

Automne 2016 (cohorte 2017)	Automne 2017 (cohorte 2018)	Automne 2018 (cohorte 2019)
3	1	1

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

2017-2018	2017-2018	2018-2019
1	1	1

Autres mesures ou actions en 2018-2019 (activités de formation de gestionnaires, activités de sensibilisation, etc.)

Mesures ou actions	Groupe cible	Nombre de personnes visées
Pour connaître les autres mesures ou actions réalisées en 2018-2019, veuillez consulter le *Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2015-2019 : bilan 2017-2018*[1]	Ensemble du personnel	Ensemble du personnel

1. Le plan est accessible à l'adresse suivante : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002236/.

3.1.2. Renseignements relatifs au contrôle des effectifs

Gestion et contrôle des effectifs

Le Conseil du trésor a fixé, pour l'exercice financier 2018-2019, la cible de 2 001 951 heures rémunérées pour le MSSS, le Commissaire à la santé et au bien-être, le Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que le Fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis. Cette cible a été respectée puisque le nombre d'heures rémunérées utilisées pour 2018-2019 est de 1 923 538.

Répartition de l'effectif pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019

	Catégorie[1]	Heures travaillées [1]	Heures supplémentaires [2]	Total des heures rémunérées [3] = [1] + [2]	Total en ETC transposés [4] = [3] / 1 826,3 h	Nombre d'employés[3]
1	Personnel d'encadrement	179 916	0	179 916	98,51	100
2	Personnel professionnel[2]	1 168 152	12 134	1 180 286	646	726
3	Personnel infirmier	0	0	0	0	0
4	Personnel enseignant	0	0	0	0	0
5	Personnel de bureau technicien et assimilé	557 913	3 162	561 074	307	308
6	Agents de la paix	0	0	0	0	0
7	Ouvriers, personnel d'entretien et de services	2 123	139	2 263	1	2
	Total en heures	**1 908 104**	**15 435**	**1 923 538**		
	Total en ETC transposés (Total des heures/1 826,3 h)	**1 045**	**8**	**1 053**		

1. Les étudiants et les stagiaires ne sont pas pris en compte pour les entités assujetties à la Loi sur la Fonction publique.
2. Le personnel professionnel, y compris les ingénieurs et les conseillers en gestion des ressources humaines.
3. Les données sur les employés du Secrétariat aux aînés sont présentées dans le Rapport annuel de gestion du ministère de la Famille. Elles ont été transférées dans les systèmes administratifs du MSSS le 1er avril 2019.

3.1.3 Renseignements relatifs aux contrats de services

Contrats de services

Au cours de l'année financière 2018-2019, 82 contrats de services d'un montant de 25 000 $ et plus ont été conclus par le MSSS, pour un total de 34 711 872,94 $. Parmi ces contrats, 17 ont été conclus avec une personne physique; ils ont représenté 6,1 % (2 125 497,36 $) des sommes totales dépensées pour les contrats de services de plus de 25 000 $. Les 65 autres contrats ont été signés avec des contractants autres qu'une personne physique et ils représentaient 93,9 % (32 586 375,58 $) des sommes octroyées pour les contrats de services de plus de 25 000 $.

Contrats de services dont le montant est de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique[1]	17	2 125 497,36 $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	65	32 586 375,58 $
Total des contrats de services	**82**	**34 711 872,94 $**

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
2. Inclut les personnes morales de droit privé et les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

3.2 LES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES DU MSSS

MSSS

La dépense probable pour l'année financière 2018-2019 du MSSS, de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) s'élève à 38 575 millions de dollars. Cette dépense se répartit entre les quatre programmes détaillés ci-dessous.

Les fonctions de coordination : programme 01
152 millions de dollars

Le programme 01, portant sur les fonctions de coordination, permet de procurer au MSSS et aux organismes-conseils les ressources et les services nécessaires pour qu'ils puissent établir, mettre en œuvre et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. De plus, il vise à permettre la participation de la population à la définition de ses besoins ainsi qu'à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux.

Les services dispensés à la population : programme 02
27 881 millions de dollars

Le programme 02 sert à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis par la Politique de la santé et du bien-être, et qui répondent aux besoins de l'ensemble de la population ou à des problématiques particulières.

L'Office des personnes handicapées du Québec : programme 03
13 millions de dollars

Le programme 03 se rapporte à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Il permet d'assurer la mise en œuvre de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (RLRQ, chapitre E-20.1). L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'OPHQ, qui peut être consulté à l'adresse suivante : www.ophq.gouv.qc.ca.

La Régie de l'assurance maladie du Québec : programme 04
10 529 millions de dollars

Le programme 04, qui concerne la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sert à couvrir le coût des services assurés et celui des frais d'administration, notamment dans le cadre des régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments. L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de la RAMQ, qui peut être consulté à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca.

L'écart budgétaire par programme

Le tableau suivant présente le budget de dépenses du MSSS en 2018-2019 pour chacun des programmes ainsi qu'une comparaison entre la dépense réelle en 2017-2018 et la dépense probable pour l'exercice 2018-2019.

Dépenses et évolution par secteur d'activité[1]

Secteur d'activité ou orientation	Budget de dépenses 2018-2019 (000 $)	Dépenses réelles ou probables 2018-2019 (000 $)	Dépenses réelles 2017-2018 (000 $)	Écart[2] (000 $)	Variation[3] (%)
01 Fonctions de coordination	146	152	126	26	20,6
02 Services donnés à la population	27 632	27 881	26 163	1 718	6,6
03 OPHQ	13	13	12	1	8,3
04 RAMQ	10 750	10 529	10 407	122	1,2
TOTAL	**38 541**	**38 575**	**36 708**	**1 867**	**5,1**

1. Sont exclus du tableau des fonds spéciaux et les comptes à fin déterminée du MSSS ainsi que les dépenses réelles du Secrétariat des aînés, encore rattaché au ministère de la Famille en 2018-2019. Le Budget de dépenses du Secrétariat a été transféré au MSSS le 1er avril 2019.
2. Écart entre les dépenses réelles en 2017-2018 et les dépenses probables en 2018-2019.
3. Résultat de l'écart divisé par les dépenses réelles en 2017-2018.

La dépense réelle du MSSS se chiffrait à 36 708 millions de dollars pour l'exercice 2017-2018. La dépense probable pour 2018-2019 est évaluée à 38 575 millions de dollars; elle représente une croissance de 5,1 % par rapport à l'année financière précédente. L'analyse sommaire de l'écart entre la dépense réelle en 2017-2018 et la dépense probable en 2018-2019 permet de faire ressortir les causes les plus importantes :

- Pour les fonctions de coordination, la dépense probable en 2018-2019 est supérieure de 26 millions de dollars à la dépense réelle en 2017-2018. L'écart est ici principalement attribuable à une dépense réelle en 2017-2018 moins élevée que ce qui était prévu initialement. Cette variation s'explique également par l'ajout aux services existants en santé mentale, en 2018-2019, d'une gamme de services à l'intention des personnes vulnérables – allant des services de basse intensité aux services de psychothérapie individuelle – et par la mise en œuvre du *Plan d'action interministériel 2017-2021* découlant de la *Politique gouvernementale de prévention en santé*.
- Pour les services donnés à la population, la dépense probable en 2018-2019 excède de 1 718 millions de dollars la dépense réelle en 2017-2018. Cette croissance est principalement attribuable aux ajustements salariaux découlant des conventions collectives, à la variation du service de la dette, à la couverture des priorités d'équité interrégionale, au soutien à l'autonomie des personnes âgées, au déploiement d'infirmières praticiennes spécialisées dans le RSSS, au soutien fourni aux demandeurs d'asile par des services sociaux et de santé d'urgence ainsi qu'à des crédits additionnels pour augmenter les services à la population.
- Pour la RAMQ, la dépense probable en 2018-2019 augmente de 122 millions de dollars par rapport à la dépense réelle en 2017-2018. L'augmentation s'explique principalement par un accroissement des dépenses ainsi qu'une diminution des primes relatives aux services pharmaceutiques et médicaments.

3.2.1. La politique de financement

Le MSSS fixe plusieurs tarifs pour des biens et des services qu'il rend lui-même ou qui sont rendus par le RSSS. Compte tenu de la nature des services fournis et du nombre de tarifs, le processus tarifaire du MSSS, celui du RSSS ainsi que celui qui est associé au transport préhospitalier d'urgence sont présentés distinctement. Quant à la RAMQ, elle rend compte de son processus tarifaire dans son propre rapport annuel de gestion.

Le MSSS

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

Revenus et coûts estimés totaux

Revenus estimés totaux pour 2018-2019	Coûts estimés totaux pour 2018-2019
9,12 M$	7,89 M$

Revenus et coûts estimés détaillés

La vente de permis

Revenus estimés totaux pour 2018-2019	Coûts estimés totaux pour 2018-2019
1,92 M$	0,69 M$

Les revenus et les coûts estimés relativement à la vente de permis concernent plus précisément l'octroi des permis de radiologie, de biologie médicale, d'orthèses et de prothèses, de directeur de funérailles, de centre médical spécialisé et de centre de procréation assistée. Les tarifs sont affichés sur le site Web du MSSS. Fixés initialement dans les lois et les règlements correspondants, ils sont indexés annuellement en fonction de l'indice des prix à la consommation.

L'assurance hospitalisation pour les étrangers

Revenus estimés totaux pour 2018-2019	Coûts estimés totaux pour 2018-2019
0,23 M$	0,23 M$

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

Le recouvrement de la tierce responsabilité

Revenus estimés totaux pour 2018-2019	Coûts estimés totaux pour 2018-2019
6,97 M$	6,97 M$

La RAMQ recouvre les coûts des services de santé et des services sociaux auprès des tiers responsables visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) ainsi que par la Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28). Les tarifs utilisés sont les prix de journée affichés dans chacun des établissements du RSSS et les tarifs des services offerts en externe. Ils sont consultables sur le site Web du MSSS. Évalués en fonction des coûts, ces tarifs sont recalculés ou indexés, à quelques exceptions près, mais ils font tous l'objet d'un mécanisme de révision annuelle.

LE RSSS

Revenus et coûts estimés totaux

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

Revenus estimés totaux pour 2018-2019	Coûts estimés totaux pour 2018-2019
1 712,5 M$	5 333,8 M$

Revenus et coûts estimés détaillés

La contribution des adultes hébergés, les contributions parentales et la prestation fiscale pour enfants placés en famille d'accueil

Revenus estimés totaux pour 2018-2019	Coûts estimés totaux pour 2018-2019
929,7 M$	4 809,9 M$

La RAMQ administre le Programme de contribution financière des adultes hébergés et fixe les montants des contributions. Comme le précise son site Web, la contribution financière des adultes hébergés est le montant exigé par le gouvernement à un adulte pour son hébergement dans un établissement de santé au Québec. Cette contribution répond à un souci d'équité entre les personnes hébergées et celles qui vivent à domicile, ces dernières devant assumer les dépenses liées à leur gîte et à leur nourriture. Les services sociaux et les services de santé sont quant à eux gratuits pour tous les citoyens du Québec. Ils ne sont donc pas pris en compte dans le calcul de la contribution. La RAMQ fixe la contribution exigible par les établissements du RSSS en fonction de la catégorie de chambre occupée et de la capacité de payer des personnes. Les modalités d'application de cette contribution sont prévues dans le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre M-19.2), aux articles 358 et suivants.

Quant aux contributions parentales, elles sont payées par les parents dont un enfant est hébergé dans un centre jeunesse, une famille d'accueil, un centre de réadaptation ou une autre ressource d'hébergement. Comme les parents demeurent responsables de leur enfant en vertu du Code civil du Québec, ils assument donc, conjointement avec l'État, les coûts de son hébergement. Une méthode de calcul permet de majorer la contribution selon la capacité de payer des parents. Les modalités applicables sont prévues dans le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux aux articles 347 et suivants. Enfin, la prestation fiscale pour enfants vient du gouvernement canadien. Il s'agit d'un paiement pour des enfants de moins de 18 ans qui sont à la charge d'un établissement.

Tous ces tarifs sont consultables sur le site Web du MSSS. Ils sont recalculés ou indexés annuellement en fonction de l'indice des rentes.

Les suppléments de chambres

Revenus estimés totaux pour 2018-2019	Coûts estimés totaux pour 2018-2019
41,7 M$	Non disponible

En vertu des articles 7 à 13 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28, règlement 1), les établissements sont tenus de désigner des salles, des chambres semi-privées et des chambres privées. Ils sont aussi tenus de réclamer le tarif prévu pour l'occupation des chambres semi-privées et privées, selon les modalités prescrites par le MSSS.

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

Les tierces responsabilités

Revenus estimés totaux pour 2018-2019	Coûts estimés totaux pour 2018-2019
217,2 M$	Non disponible

Le MSSS assume le coût des services de santé et des services sociaux fournis par les établissements du RSSS aux résidents du Québec lorsque ces services sont médicalement requis ou qu'ils sont prévus dans une loi du Québec.

Cependant, le MSSS n'assume pas le coût des services rendus dans les circonstances suivantes :

- les services fournis à un résident du Québec qui ne sont pas médicalement requis;
- les services fournis à un résident d'une autre province canadienne;
- les services fournis à un non-résident du Canada;
- les services dont le coût est assumé par un autre organisme, en vertu d'une loi du Québec ou du Canada[7].

Dans ce dernier cas, les établissements du RSSS facturent le tiers responsable du paiement des coûts relatifs aux soins de santé et aux services sociaux fournis[8].

Les tarifs utilisés sont les prix de journée affichés dans chacun des établissements du RSSS et les tarifs des services rendus en externe; ils sont tous consultables sur le site Web du MSSS. Évalués en fonction des coûts, ces tarifs sont recalculés ou indexés, à quelques exceptions près, mais ils font tous l'objet d'un mécanisme de révision annuelle.

Les activités accessoires

Revenus estimés totaux pour 2018-2019	Coûts estimés totaux pour 2018-2019
523,9 M$	523,9 M$

Les exigences du MSSS au regard des activités accessoires sont présentées sur son site Web. Les revenus de ces activités doivent permettre le financement des charges qui leur sont liées, c'est-à-dire que ces activités doivent s'autofinancer. Il s'agit, notamment, des activités commerciales telles que le stationnement ou le salon de coiffure et d'autres activités complémentaires.

Les revenus totaux des activités accessoires sont estimés à 1 309,9 millions de dollars pour l'année financière 2018-2019. Par contre, ces revenus ne sont pas tous tirés de la tarification puisqu'ils incluent, entre autres, les revenus pour la recherche du Fonds de recherche du Québec – Santé. Seuls les revenus de tarification sont présentés ci-dessus.

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

Le transport préhospitalier d'urgence

Les tarifs des services préhospitaliers d'urgence sont fixés par le MSSS et font l'objet d'un arrêté ministériel sous-jacent à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, chapitre S-6.2). Ils sont consultables sur le site Web du MSSS. Les revenus en découlant sont perçus par les différentes entreprises qui offrent des services de transport ambulancier au Québec. Il faut souligner que les tarifs n'ont pas été révisés depuis 1997. Les estimations de 2018-2019 n'étant pas disponibles, les données de 2017-2018 sont présentées ici. Par ailleurs, les revenus présentés peuvent varier en raison des moyens de pression exercés alors par les techniciens ambulanciers paramédicaux. Il faut également souligner que les particuliers contribuent à hauteur de 27 millions de dollars à l'ensemble des coûts.

7. Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28, règlement 1), articles 3 et 4.

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

Revenus et coûts estimés totaux

Revenus en 2017-2018	Coûts en 2017-2018
106,0 M$	674,0 M$

Revenus et coûts estimés détaillés

Revenus de tarification 2017-2018

Sources de financement	Montants
Établissements du RSSS (transport inter établissements)	64,0 M$
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (pour les prestataires de la sécurité du revenu)	9,0 M$
Société de l'assurance automobile du Québec	4,0 M$
Autres (organismes fédéraux)	2,0 M$
Particuliers	27,0 M$
Sous-total – Revenus de tarification	**106,0 M$**

Coûts en 2017-2018

Sources de financement	Montants
Revenus de tarification	106,0 M$
MSSS (subvention)	568,0 M$
Total	**674,0 M$**

3.3 LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Le MSSS détient un double mandat en ce qui a trait aux ressources informationnelles. D'une part, il doit assurer la gestion des actifs informationnels ainsi que des infrastructures technologiques ministérielles et offrir du soutien aux utilisateurs du MSSS (volet « MSSS »). D'autre part, il assure la gestion globale des actifs informationnels et la gouverne des services en ressources informationnelles du RSSS (volet « RSSS »).

Volet « MSSS »

Dépenses et investissements prévus et réels en ressources informationnelles pour 2018-2019[1]

Catégories de coûts	Dépenses et investissements prévus (000 $)	Dépenses et investissements réels (000 $)	Écart entre la planification et le réel (000 $)
Activités d'encadrement	6 873	5 262	- 1 611
Activités de continuité	7 107	5 606	- 1 501
Projets	3 500	893	- 2 607
Dépenses et investissements en ressources informationnelles	17 480	11 761	- 5 719[1]

1. L'écart négatif de 5 719 000 $ entre le montant des dépenses et des investissements prévus et celui des dépenses et des investissements réels au regard des ressources informationnelles est principalement imputable à un exercice de priorisation des projets qui a conduit à la révision de la portée de certains projets et au report en 2019-2020 de la réalisation d'autres projets. En outre, certains projets ont coûté moins cher que prévu.

Investissement dans les ressources informationnelles

Les mandats confiés aux équipes ministérielles chargées des technologies de l'information touchent principalement des applications de gestion à l'intention des utilisateurs du MSSS. Cependant, parmi ces actifs, certains peuvent aussi être utilisés par du personnel du RSSS.

Le MSSS a poursuivi ou réalisé plusieurs mandats déjà entrepris avant le 1er avril 2018, tels que :

- la mise en place du système d'inspection multidomaines, dont l'avancement se situe à 85 %;
- la mise en place et le rehaussement de services relatifs aux réseaux sans fil (Wi-Fi), dont l'avancement se situe à 25 %;
- la refonte technologique du système de réservation des ressources, qui est terminée;
- la refonte technologique du système d'inscription d'activités, qui est terminée;
- la refonte technologique de diffusion d'informations sur le cancer, qui est terminée;la transformation des services funéraires selon les prescriptions de la Loi sur les activités funéraires (RLRQ, chapitre A-5.02), dont l'avancement se situe à 80 %.

Quant à la mise en place du système de suivi de la correspondance, elle a été annulée.

Liste et état d'avancement des principaux projets en ressources informationnelles

Liste des projets	Avancement	Ressources financières prévues (000 $)	Ressources financières utilisées (000 $)	Explication sommaire des écarts
Système d'inspection multidomaines	85 %	335,9	169,2	Ce projet a été suspendu le 1er février 2019.
Services sans fil (Wi-Fi)	25 %	196,8	23,3	L'échéancier des travaux a été revu et une partie des activités a été reportée en 2019-2020.
Refonte technologique du système de réservation des ressources	100 %	150,5	0	Ce projet s'est terminé le 16 novembre 2018.
Refonte technologique du système d'inscription d'activités	100 %	69,8	19,6	Ce projet s'est terminé le 31 juillet 2018.
Refonte technologique de diffusion d'informations sur le cancer	100 %	124	33,7	Ce projet s'est terminé le 31 juillet 2018.
Système de suivi de la correspondance	0	0	0	Ce projet a été annulé le 31 août 2018.
Transformation des services funéraires	80 %	498	558,4	L'échéancier a été revu et une partie des activités prévues en 2019-2020 a été devancée en 2018-2019.
Refonte du Système budgétaire et financier régionalisé (SBF-R)	0	500	0	Ce projet a été annulé le 31 mai 2018.
Total		**1 875**	**804,2**	

L'écart entre le montant des ressources financières prévues (1 875 500 $) et celui des ressources financières utilisées (804 200 $) s'explique principalement par la priorisation des projets, laquelle a conduit à la révision de la portée ou à l'annulation de certains projets et au report en 2019-2020 de la réalisation d'autres projets.

L'information détaillée sur les projets en cours est disponible dans le Tableau de bord en ressources informationnelles du gouvernement du Québec, à l'adresse suivante : www.tableaudebordprojetsri.gouv.qc.ca/tableau-de-bord.

Volet « RSSS »

Le MSSS assure la gestion globale des services des ressources informationnelles pour le RSSS. De ce fait, il participe à la réalisation de certains projets de développement informatique à l'intention du RSSS. Une fois ces projets terminés et déployés, il assure les activités de maintien et d'entretien qui en découlent. De plus, la gouverne concernant certaines infrastructures technologiques, dont le réseau de télécommunication, est sous la responsabilité du MSSS.

Dépenses et investissements prévus et réels[1] assumés par le MSSS pour les projets en ressources informationnelles à l'intention du RSSS[2] pour 2018-2019

Activités et projets	Dépenses et investissements prévus (000 $)	Dépenses et investissements réels (000 $)	Écart entre la planification et le réel (000 $)
Activités d'encadrement	9 375	4 926	-4 449
Activités de continuité	193 209	200 322	7 113
Projets	147 198	60 026	-87 172
Dépenses et investissements en ressources informationnelles	**349 782**	**265 274**	**-84 508**

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

2. Ces coûts sont principalement assumés par le Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux.

L'écart négatif de 84 508 000 $ entre le montant des dépenses et des investissements prévus et celui des dépenses et des investissements réels au regard des ressources informationnelles s'explique principalement par la réalisation à moindre coût des projets terminés ainsi que par le report en 2019-2020 de la majorité des travaux liés aux projets. La mise en suspens de certains projets explique elle aussi une partie de cet écart.

En 2018-2019, le Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux (FRISSSS), par l'intermédiaire du MSSS, a obtenu des crédits supplémentaires pour l'acquisition d'une solution informatique et comptable qui sera déployée à l'échelle du Québec et qui permettra de déterminer le coût par parcours de soins et de services. Ce financement obtenu devra et sera constaté dès l'exploitation de la solution informatique, au rythme de leur durée de vie utile.

Le FRISSSS a également financé le développement des Systèmes d'information unifiés (SIU) et la refonte de l'actif SIIATH. Par conséquent, ce financement devra et sera constaté également dès l'exploitation de ces solutions et au rythme de leur durée de vie utile.

Le Dossier santé Québec

Le Dossier santé Québec (DSQ) est un outil provincial sécurisé qui permet de recueillir, de conserver et de consulter de l'information relative à la santé des patients. Actif d'intérêt commun au Ministère et au RSSS, le DSQ est lié aux domaines cliniques Médicament, Laboratoire et Imagerie médicale. Au fil du temps, d'autres domaines s'y grefferont, tels que Sommaire d'hospitalisation, Allergie et intolérance ainsi que tout nouveau domaine à identifier.

Le DSQ permet, entre autres, depuis le 22 mai 2018, d'alimenter le nouveau service en ligne « Carnet santé Québec ». Les renseignements de santé disponibles (liste des médicaments, résultats de prélèvement et d'imagerie médicale) proviennent des différents sites et domaines cliniques branchés au DSQ.

L'ensemble des pharmacies communautaires (1 902), des laboratoires de biologie médicale privés (4) et des laboratoires d'établissements publics (122) alimentent le DSQ.

Pour l'alimentation du domaine Imagerie médicale, le branchement des sites cliniques s'est poursuivi tout au long de l'année 2018-2019. Au 31 mars 2019 :

- l'ensemble des établissements publics (155 sites) rend accessibles pour consultation dans le DSQ 100 % des examens d'imagerie médicale qu'ils ont faits;
- 78 laboratoires d'imagerie médicale (LIM) privés sur 104 alimentent le DSQ. Ils produisent 87 % du volume des examens effectués dans le secteur privé. La cible prévue pour le branchement des 26 autres LIM est le 31 décembre 2019.

PARTIE 4

L'APPLICATION D'EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES

4.1 L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

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

Le MSSS assume seul la responsabilité des actions 1.1.5 et R3[9], et il collabore avec l'Institut national de santé publique du Québec à la mise en œuvre des actions 3.1.1, 3.1.2 et 3.1.3 de la Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021.

Les principales réalisations, en 2018-2019, relativement à ces actions sont présentées ici.

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

Le MSSS a accordé un soutien financier à l'organisme ÉquiLibre et à l'Association pour la santé publique du Québec, qui font la promotion de la saine gestion du poids et d'une image corporelle positive. Ainsi, trois campagnes sociétales annuelles, des sorties médiatiques et des formations destinées aux professionnels de la santé ou à divers intervenants ont notamment été réalisées. À cela s'ajoutent des activités variées (campagnes populationnelles, formation et publications, par exemple) portant sur les produits, les services et les moyens amaigrissants (risques pour la santé et stratégies de communication trompeuses, entre autres thèmes), sur l'adoption de saines habitudes de vie ainsi que sur du développement d'une image corporelle positive.

L'Association pour la santé publique du Québec a également reçu 120 000 dollars de la part du MSSS, somme qui lui permettra de poursuivre ses travaux de mobilisation relatifs à l'appel à l'action « Démasquer l'industrie de l'amaigrissement ».

ACTION R3 : Tracer un portrait socio-économique des femmes aînées du Québec

Un portrait des femmes aînées du Québec, dont la rédaction est en cours, présentera tant leur situation sur les plans économique, social et culturel que leurs conditions de vie. Il présentera également les enjeux particuliers qui concernent les aînées autochtones et les femmes issues des communautés culturelles.

9. Cette action relève du MSSS depuis l'intégration administrative du Secrétariat aux aînés au MSSS.

ACTION 3.1.1 : Bonifier le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*, concernant la valorisation de la paternité

L'enrichissement du contenu consacré au rôle du père, dans le document intitulé *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*, vise « à assurer le maintien d'un processus permettant de valoriser la paternité, à déconstruire, le cas échéant, les stéréotypes concernant le rôle du père et de la mère et à encourager notamment la coparentalité dans les soins à donner aux enfants » (*Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021*, p. 89).

Le MSSS collabore avec l'Institut national de santé publique du Québec, responsable de cette action, notamment en lui offrant son expertise et en soutenant la réflexion, selon ses connaissances et les besoins.

ACTION 3.1.2 : S'assurer que les fiches du portail d'information périnatale offrent de l'information non stéréotypée sur le rôle de parent, afin de permettre une plus grande implication des pères et des mères durant la période périnatale

La révision des fiches du portail d'information périnatale « vise à soutenir une plus grande implication des pères durant la période périnatale et plus généralement une implication parentale plus égalitaire » (*Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021*, p. 90).

Ici encore, le MSSS collabore avec l'Institut national de santé publique du Québec, qui est le responsable de cette action. Il contribue aux travaux, notamment en offrant son expertise et en soutenant la réflexion, selon ses connaissances et les besoins.

ACTION 3.1.3 : Réaliser une fiche sur le rôle du père et la publier sur le portail d'information périnatale

« Une nouvelle fiche sur le rôle des pères durant la période périnatale sera créée et ajoutée au portail d'information périnatale de l'Institut national de santé publique du Québec destiné aux intervenantes et intervenants de même qu'aux professionnelles et professionnels œuvrant en périnatalité. Un webinaire destiné à la diffusion du contenu de la nouvelle fiche sera également prévu » (*Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021*, p. 90).

Avec le ministère de la Famille et le Secrétariat à la condition féminine, le MSSS collabore avec l'Institut national de santé publique du Québec, le responsable de cette action. Il contribue aux travaux, notamment en offrant son expertise et en soutenant la réflexion, selon ses connaissances et les besoins.

Autres réalisations du MSSS en 2018-2019 en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

En 2018-2019, le MSSS a poursuivi ses travaux relatifs à la nouvelle version du Plan d'action en santé et bien-être des femmes. Des mesures qui prennent en compte l'égalité entre les femmes et les hommes trouvent leurs assises dans les travaux menés par le personnel de diverses directions et de divers programmes ainsi que dans la consultation organisée en juin 2017 pour mettre au jour les besoins des femmes, à laquelle ont participé différents organismes, groupes et regroupements.

Par ailleurs, comme chaque année, le MSSS a organisé, en collaboration avec ses partenaires (Syndicat de professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec et Syndicat de la fonction publique et parapublique du Québec), une activité visant à souligner la Journée internationale des femmes. Le panel *Femmes en politique : état de santé d'une représentation nécessaire* visait non seulement à susciter la réflexion sur la faible représentation féminine dans le milieu politique, mais aussi à discuter des solutions et des meilleures pratiques qui permettraient de faire évoluer la situation.

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

Nombre total de demandes reçues	**1 560 demandes** (documents administratifs, Dossier santé Québec, Registre de vaccination, renseignements personnels et rectification)

Au cours de l'exercice 2018-2019, le MSSS a reçu au total 873 demandes d'accès formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1). Parmi ces demandes, 396 concernaient l'obtention de documents administratifs, soit 45 % des demandes, et 477 portaient sur l'accès à des renseignements personnels, tels que les bulletins de naissance ou de décès, et au Registre de vaccination. L'accès aux renseignements personnels a été refusé dans un cas seulement, conformément aux articles 53, 54 et 88.1 de la Loi. En 2017-2018, le MSSS avait reçu 784 demandes d'accès formulées en vertu de cette loi, dont 457 concernaient l'obtention de documents administratifs et 327 portaient sur l'accès à des renseignements personnels. Une augmentation de près de 11 % de ce type de demandes a donc été constatée entre 2017-2018 et 2018-2019. De plus, en 2018-2019, le MSSS a reçu 876 demandes de recherche au Registre des événements démographiques, comparativement à 772 en 2017-2018.

Le MSSS répond également aux demandes d'accès qui lui sont adressées en vertu de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (RLRQ, chapitre P-9.0001). En 2018-2019, le MSSS a répondu positivement à 482 demandes de renseignements de santé contenus dans le Dossier santé Québec (DSQ), dont 377 demandes faites par des personnes voulant aussi savoir qui a consulté ou alimenté leur DSQ. La diminution d'environ 15 % de ce type de demandes observée entre 2017-2018 et 2018-2019 est attribuable principalement à l'accès au Carnet santé Québec par les citoyens. En contrepartie, le MSSS a constaté une hausse importante des demandes de rectification liées au DSQ puisqu'il a reçu 205 demandes à ce sujet en 2018-2019, comparativement à 7 en 2017-2018.

Le MSSS a répondu à 82 % des demandes d'accès à l'intérieur de la période de 20 jours, la proportion atteignant 94 % si l'on étend la durée de la période à 30 jours.

En 2018-2019, le MSSS s'est par ailleurs assuré de la diffusion, sur son site Web, de tous les documents mentionnés à l'article 4 du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1, règlement 2).

Nombre de demandes traitées, en fonction de leur nature et des délais, en 2018-2019

Délais de traitement	Documents administratifs (nombre)	Renseignements personnels (nombre)	Dossier Santé Québec (DSQ) (nombre)	Rectifications (nombre)
0 à 20 jours	243	461	408	132
21 à 30 jours	77	16	74	54
31 jours et + (le cas échéant)	76	0	0	19*
Total	**396**	**477**	**482**	**205**

* On compte 19 demandes de rectifications au DSQ auxquelles le MSSS n'a toujours pas répondu.

Nombre de demandes traitées, en fonction de leur nature et de la décision rendue, en 2018-2019

Décision rendue	Documents administratifs (nombre)	Renseignements personnels (nombre)	Dossier Santé Québec (DSQ) (nombre)	Rectifications (nombre)
Acceptée (entièrement)	223	448	479	205
Partiellement acceptée	86	0	0	0
Refusée (entièrement)	16	1	3	0
Autres	71	28	0	0
Total	**396**	**477**	**482**	**205**

Dispositions de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (RLRQ, chapitre P-9.0001) invoquées : 9, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30.1, 34, 37, 38, 39, 40, 48, 53, 54, 57.1, 59 et 88.1.

Aucune des demandes d'accès reçues par le MSSS n'a fait l'objet de mesures d'accommodement raisonnable.

Au cours de l'année 2018-2019, six recours en révision ont été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information (CAI), dont cinq ont été réglés en médiation ou par désistement du requérant.

Nombre de demandes d'accès ayant fait l'objet de mesures d'accommodement raisonnable	Nombre d'avis de révision reçus de la Commission d'accès à l'information
0	6

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

Au cours de l'exercice financier 2018-2019, le MSSS n'a reçu aucune plainte de l'Office québécois de la langue française. La Direction des communications a traité 43 demandes d'avis ou de traduction anglaise qui concernaient des documents ou du contenu Web, et ce, conformément à la politique linguistique ministérielle. Les communications du MSSS se sont déroulées dans le respect de cette politique.

Comité permanent et mandataire

Questions	Oui / non / précisions
Avez-vous un mandataire ?	Oui
Votre organisation compte-t-elle moins de 50 employés ?	Non
Avez-vous un comité permanent ?	Oui
Combien y a-t-il eu de rencontres du comité permanent au cours de l'exercice ?	Aucune

Statut de la politique linguistique institutionnelle

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

Implantation de la politique linguistique institutionnelle adoptée après mars 2011

Questions	Oui / non / précisions
Au cours de l'exercice, avez-vous pris des mesures pour faire connaître votre politique linguistique institutionnelle ? Si oui, lesquelles ?	Information transmise au cas par cas lors du traitement des dossiers de communication
Si non, durant le prochain exercice, quelles activités prévoyez-vous tenir pour faire connaître votre politique linguistique et pour former le personnel quant à son application ?	Nouvelles dans l'intranet ministériel

4.4 LE BILAN DES ACTIVITÉS DE LA TABLE DE COORDINATION NATIONALE DES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ

Instituée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) en 2005, la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) permet d'assurer la concertation entre les acteurs du milieu académique et ceux du RSSS. Elle chapeaute quatre RUIS au sein d'une structure permettant la concertation des actions à l'échelle du RSSS.

Le mandat des RUIS a été révisé au cours de l'année 2018-2019, à l'occasion de l'une des quatre rencontres de ces réseaux, et adopté par la Table de coordination national. Le terme « réseau universitaire intégré de santé » est depuis remplacé par « réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux » (RUISSS). Par ailleurs, l'intégration des universités sans faculté de médecine dans les comités directeurs a été proposée. Selon cette nouvelle vision, la Table de coordination nationale des RUISSS aurait pour mandat de faciliter l'interaction entre les quatre RUISSS en favorisant le partage des expériences.

Chacun des RUISSS aura pour mandat de fédérer les universités[10] et les établissements du RSSS qui lui sont affiliés en instaurant une culture de collaboration, de concertation et de travail par chantiers dans le but de répondre aux besoins de la population. À cet effet, chaque RUISSS contribuera à l'amélioration de la qualité, de la pertinence, de l'accessibilité et de l'organisation des soins de santé et des services sociaux par :

- le maintien et le développement de son partenariat établi aux fins de la formation initiale, spécialisée et continue des professionnels de la santé et des services sociaux;
- le soutien au développement, à la transmission et à l'application des connaissances de nature clinique, pédagogique ou organisationnelle;
- le soutien à une culture de collaboration entre les établissements qui lui sont affiliés, dans le respect des missions de chacun, afin d'assurer à l'ensemble de la population qu'elle recevra les soins et les services appropriés à l'endroit le plus approprié pour ce faire.

Les travaux des RUISSS doivent favoriser :

- l'arrimage des formations exigées par le RSSS dans le curriculum de base;
- l'accès aux stages et le déploiement des activités relatives à la formation dans les régions afin de soutenir les programmes de formation dans les domaines de la santé et des services sociaux et de répondre aux besoins du RSSS;
- le transfert des connaissances entre les universités, les centres hospitaliers universitaires (CHU), les instituts et les établissements de santé et de services sociaux du territoire desservi par un RUISSS;
- l'accès à des programmes favorisant le maintien et le développement des compétences pour l'ensemble des professionnels des domaines reliés à la santé et aux services sociaux, particulièrement pour les professionnels pratiquant en région;
- la promotion, auprès des établissements qui leur sont affiliés, des meilleures pratiques au regard des soins de santé et des services sociaux en vue de leur implantation dans ces établissements et la promotion des activités menées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, par les unités d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et en services sociaux des CHU ainsi que par les instituts et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux afin d'assurer la productivité et l'efficience de ces activités[11];
- l'instauration des corridors de services, en accord avec les missions des établissements :
  - en favorisant la fluidité en ce qui a trait au transfert des usagers et à la circulation de l'information entre les établissements du RSSS,
  - en assurant le soutien à distance des équipes des services de proximité et de celles des services spécialisés,
  - en soutenant des plans des effectifs médicaux qui prennent en compte les besoins particuliers des territoires faiblement peuplés;
- l'instauration d'une culture de collaboration, entre les établissements affiliés à un RUISSS, qui inclut une vision intégrée du domaine de la santé et du domaine social;
- l'identification des besoins au regard de l'expertise nécessaire à la planification, à la mise en œuvre ou à l'évaluation de projets locaux, régionaux, suprarégionaux ou nationaux.

10. Ici, les universités comptant une faculté de médecine et les universités du Québec du territoire.

11. La collaboration entre tous les RUISSS est requise pour déterminer les champs d'action prioritaires, décider de la répartition des activités et assurer la diffusion des résultats.

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

En vertu de la Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016, le MSSS doit préciser, dans son rapport annuel de gestion, certains renseignements après la signature des ententes relatives à l'inscription des médicaments sur la liste dressée en vertu de l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, soit :

1° le nom du fabricant de médicaments;

2° le nom du médicament;

3° la somme globale annuelle reçue en application des ententes d'inscription, mais uniquement dans les cas où au moins trois ententes conclues avec des fabricants de médicaments différents sont en vigueur au cours de l'année financière.

Suivi des ententes relatives à l'inscription des médicaments

Nom du fabricant de médicaments	Nom du médicament
Abbvie	Holkira Pak[MC]
Abbvie	Humira[MC]
Abbvie	Maviret[MC]
Actelion Pharmaceuticals Canada inc.	Uptravi[MC]
Adapt Pharma Canada Ltée	Narcan[MC]
Aegerion	Juxtapid[MC]
Allergan	Ozurdex[MC]
Amgen Canada inc.	Blincyto[MC]
Amgen Canada inc.	Kyprolis[MC]
Amgen Canada inc.	Prolia[MC]
Amgen Canada inc.	Repatha[MC]
Amgen Canada inc.	Vectibix[MC]
Amicus Therapeutics Canada Inc.	Galafold[MC]
Apobiologique, une division d'Apotex inc.	Grastofil[MC]
Astellas	Myrbetriq[MC] et Vesicare[MC]
Astellas	Xtandi[MC]
AstraZeneca	Forxiga[MC]
AstraZeneca	Komboglyze[MC]

Suite du tableau ➔

Nom du fabricant de médicaments	Nom du médicament
AstraZeneca	Lynparza[MC]
AstraZeneca	Onglyza[MC]
AstraZeneca	Tagrisso[MC]
AstraZeneca	Xigduo[MC]
Bayer	Adempas[MC]
Bayer	Eylea[MC]
Bayer	Kyleena[MC]
Bayer	Stivarga[MC]
Bayer	Xarelto[MC]
Bayer	Xofigo[MC]
Biogen Canada inc.	Spinraza[MC]
BMS – Bristol Myers Squibb	Eliquis[MC]
BMS – Bristol Myers Squibb	Orencia[MC]
BMS – Bristol-Myers Squibb	Daklinza[MC]
BMS – Bristol-Myers Squibb	Opdivo[MC]
BMS – Bristol-Myers Squibb	Yervoy[MC]
Boehringer Ingelheim	Giotrif[MC]
Boehringer Ingelheim	Jardiance[MC]
Boehringer Ingelheim	Synjardy[MC]
Boehringer Ingelheim	Ofev[MC]
Boehringer Ingelheim	Pradaxa[MC]
Boehringer Ingelheim	Spiriva Handihaler[MC]
Celgene	Abraxane[MC]
Celgene	Istodax[MC]
Celgene	Pomalyst[MC]
Celgene	Revlimid[MC]
Celopharma	Mifegymiso[MC]

Nom du fabricant de médicaments	Nom du médicament
Duchesnay inc.	Mictoryl[MC] Pédiatrique
Eisai inc.	Lenvima[MC]
Eli Lilly	Basaglar[MC]
Eli Lilly	Cyramza[MC]
Eli Lilly	Taltz[MC]
EMD Serono	Bavencio[MC]
Gilead	Epclusa[MC]
Gilead	Harvoni[MC]
Gilead	Sovaldi[MC]
Gilead	Vosevi[MC]
Gilead	Genvoya[MC]
Gilead	Odefsey[MC]
Gilead	Complera[MC]
Gilead	Zydelig[MC]
GlaxoSmithKline	Advair [MC] et Advair Diskus[MC]
GlaxoSmithKline	Anoro Ellipta[MC]
GlaxoSmithKline	Arnuity Ellipta[MC]
GlaxoSmithKline	Breo Ellipta[MC]
GlaxoSmithKline	Nucala[MC]
GlaxoSmithKline	Serevent Diskus[MC], Serevent [MC] et Serevent Diskhaler[MC]
Hoffmann-La Roche	Actemra et Actemra SC
Hoffmann-La Roche	Alecensaro[MC]
Hoffmann-La Roche	Avastin[MC]
Hoffmann-La Roche	Cotellic[MC]
Hoffmann-La Roche	Zelboraf[MC]
Hoffmann-La Roche	Emballage combiné Perjeta-Herceptin[MC]
Hoffmann-La Roche	Erivedge[MC]

Suite du tableau ➔

Nom du fabricant de médicaments	Nom du médicament
Hoffmann-La Roche	Esbriet[MC]
Hoffmann-La Roche	Gazyva[MC]
Hoffmann-La Roche	Kadcyla[MC]
Hoffmann-La Roche	Rituxan[MC] s.c.
Hoffmann-La Roche	Tecentriq[MC]
HZNP Canada Ltée	Procysbi[MC]
HZNP Canada Ltée	Quinsair[MC]
Intercept Pharma Canada inc.	Ocaliva[MC]
Janssen	Darzalex[MC]
Janssen	Imbruvica[MC]
Janssen	Invega Sustenna®
Janssen	Invega Trinza[MC]
Janssen	Risperdal Consta[MC]
Janssen	Invokana[MC]
Janssen	Zytiga[MC]
Jazz Pharmaceuticals Canada	Defitelio[MC]
LEO Pharma inc.	Enstilar[MC]
Medexus	Metoject[MC]
Merck	Brenzys[MC]
Merck	Keytruda[MC]
Merck	Renflexis[MC]
Merck	Zepatier[MC]
Novartis	Ultibro Breezhaler[MC]
Novartis	Afinitor[MC]
Novartis	Cosentyx[MC]
Novartis	Entresto[MC]
Novartis	Gilenya[MC]

Nom du fabricant de médicaments	Nom du médicament
Novartis	Izba[MC]
Novartis	Jakavi[MC]
Novartis	Rydapt[MC]
Novartis	Tafinlar[MC]
Novartis	Mekinist[MC]
Novartis	Tobi Podhaler[MC]
Novartis	Xolair[MC]
Novartis	Zykadia[MC]
Novo Nordisk Canada Inc.	Tresiba[MC]
Pendopharmam	Glatect[MC]
Pendopharmam	Ibavyr[MC]
Pfizer	Besponsa[MC]
Pfizer	Ibrance[MC]
Pfizer	Inlyta[MC]
Pfizer	Inspra[MC]
Pfizer	Xalkori[MC]
Pfizer	Xeljanz[MC]
Pfizer-Hospira	Inflectra
Pierre-Fabre Dermo-Cosmétique	Hemangiol
Sandoz Canada inc.	Erelzi[MC]
Sanofi Genzyme	Jevtana[MC]
Sanofi Genzyme	Mozobil[MC]
Santé Bausch	Siliq[MC]
Servier Canada inc.	Lancora[MC]
Servier Canada inc.	Lixiana[MC]
Shire Human Genetic Therapies inc.	Firazyr[MC]
Sunovion	Aptiom[MC]

Suite du tableau ➔

Nom du fabricant de médicaments	Nom du médicament
Sunovion	Latuda[MC]
Takeda	Entyvio[MC]
UCB	Brivlera[MC]
UCB	Cimzia[MC]
UCB	Neupro[MC]
Total de la somme globale annuelle reçue en application des ententes d'inscription	**92 198 810 $**

Les ententes mentionnées ci-dessus sont celles qui étaient en vigueur entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019. En conformité avec la loi, elles prévoient le versement de rabais et de ristournes. La facturation auprès des fabricants, par le MSSS, s'effectue généralement sur une base annuelle, en fonction de la date anniversaire de l'entrée en vigueur de chaque entente. Il faut signaler que le montant total versé en rabais et ristournes a augmenté considérablement en 2018-2019 par rapport à l'exercice précédent. Cet écart est attribuable en partie au changement apporté à la méthode de calcul, qui est maintenant effectué sur une base d'exercice financier. Cet écart s'explique également par l'augmentation du nombre d'ententes conclues, certaines d'entre elles visant des produits dont le volume des ventes en milieu hospitalier est élevé.

4.6 LES ALLÈGEMENTS ADMINISTRATIFS ET LÉGISLATIFS

Par sa Politique gouvernementale sur l'allègement réglementaire et administratif : Pour une réglementation intelligente (décret 1166-2017), le gouvernement du Québec vise notamment à s'assurer que les coûts liés à l'adoption de normes de nature législative ou réglementaire soient réduits au minimum pour les entreprises.

En 2018-2019, le MSSS a entrepris, aux fins de l'allègement réglementaire, la révision de la circulaire portant sur les rapports de gestion des établissements publics et privés et des autorités régionales ainsi que sur les rapports annuels sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services des établissements publics et privés et des autorités régionales (circulaire numéro 2018-009). Cette révision a permis de réduire les informations demandées aux établissements pour la production de leurs rapports annuels de gestion. Elle a principalement touché la section sur les ressources financières et, plus particulièrement, les établissements qui doivent produire un rapport annuel financier (AS-471). Les informations demandées dans la section sur les ressources financières figurant déjà dans les rapports financiers, il était inutile de demander aussi leur présentation dans les rapports annuels de gestion. Les établissements publics et privés conventionnés n'auront plus à présenter deux fois la même information dans deux rapports distincts qu'ils produisent annuellement.

De plus, le 15 août 2018 entrait en vigueur l'article 9 de la Loi sur les activités funéraires (RLRQ, chapitre A-5.02). Cet article est venu prolonger la période de validité des permis des entreprises de services funéraires, contribuant ainsi à alléger le fardeau administratif de celles-ci.

Par ailleurs, le Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés (RLRQ, chapitre S-4.2, règlement 0.01), adopté le 5 avril 2018, donne une marge de manœuvre aux exploitants de ce type de ressources, notamment par la création de nouvelles catégories de résidences privées pour aînés afin de mieux refléter l'hétérogénéité de ce type d'habitation, par des modifications au seuil minimal de surveillance ainsi que par des allègements sur les aspects administratifs liés à la réglementation.

Enfin, le MSSS a participé à la rencontre organisée par le ministère de l'Économie et de l'Innovation, rencontre portant précisément sur le guide au sujet de l'analyse d'impact réglementaire.

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

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

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

En 2018-2019, aucun acte n'a été divulgué à la personne responsable du suivi des divulgations.

Reddition de compte 2018-2019 en vertu de l'article 25 de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgations ou de communications par point
Divulgations reçues par la personne responsable du suivi des divulgations	0
Divulgations auxquelles il a été mis fin, en application du paragraphe 3° de l'article 22[1]	0
Divulgations fondées	0
Divulgations réparties selon chacune des catégories d'actes répréhensibles visées à l'article 4 :	0
• Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	–
• Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie	–
• Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux que celui-ci gère ou détient pour autrui	–
• Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité	–
• Le fait, par un acte ou par une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement	–
• Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible mentionné précédemment	–
Communications de renseignements, effectuées en application du premier alinéa de l'article 23[2]	0

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

2. La rubrique inclut les divulgations qui ont été transférées

4.8 PLAN D'ACTION 2018-2020 : STRATÉGIE GOUVERNEMENTALE POUR ASSURER L'OCCUPATION ET LA VITALITÉ DES TERRITOIRES

ACTION 1 Soutenir les directions régionales de santé publique dans leurs actions intersectorielles visant à créer et à maintenir des environnements favorables au développement de communautés saines et sécuritaires

Indicateur	Résultat 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage des directions de santé publique qui participent aux travaux des conférences administratives régionales et autres instances pertinentes	100 %	100 %

Mise en contexte

Les communautés, de même que les territoires qu'elles occupent, sont des milieux de vie déterminants au regard de la santé et de la qualité de vie de la population. Une communauté saine et sécuritaire offre notamment un accès relativement facile à des logements et à une alimentation de qualité ainsi qu'à des installations récréatives et sportives.

Les conférences administratives régionales et d'autres instances de concertation intersectorielle actives à l'échelle régionale ou locale. Ce sont des canaux de premier plan pour contribuer à l'instauration et au développement de communautés à la fois saines et sécuritaires. Les directions de santé publique peuvent mettre à profit leur expertise pour définir, élaborer et réaliser des projets régionaux ayant une incidence positive sur le développement des communautés.

Explication du résultat

Cette année, 100 % des directions de santé publique ont participé aux travaux des conférences administratives régionales ou à ceux d'autres instances pertinentes, dont les tables intersectorielles régionales sur les saines habitudes de vie, qui contribuent à la création ou au maintien d'environnements favorables au développement de communautés saines et sécuritaires. Elles ont également participé à des activités portant sur la sécurité alimentaire, le développement social et le secteur bioalimentaire.

ACTION 2 Accroître l'accès aux modalités de soins par télésanté dans les régions éloignées

Indicateur	Résultat 2018-2019	Cible 2020
Nombre de consultations médicales et professionnelles utilisant la technologie de télésanté	10 319 (augmentation de 17 %[1])	14 446 (augmentation de 40 %[1])

1. Proportion calculée à partir du résultat au 31 mars 2018, qui était de 8 857 consultations.

Mise en contexte

La télésanté permet d'augmenter l'accessibilité temporelle et géographique aux services cliniques dans les différents territoires du Québec, en complémentarité avec les services traditionnels offerts. Elle entraîne de nombreux bénéfices pour les usagers, les cliniciens ainsi que pour l'organisation des soins et des services de santé en permettant, entre autres, de rendre accessibles à distance les consultations, l'assistance, la surveillance, le suivi clinique, l'enseignement au patient, le coaching clinique et la

formation professionnelle. Bien que la télésanté soit utilisée depuis plusieurs années, divers leviers doivent être mis en place pour qu'elle soit déployée et utilisée de façon optimale, notamment des technologies sécuritaires répondant aux besoins des utilisateurs.

Explication du résultat

En 2018-2019, la technologie de télésanté a permis de faire 10 319 consultations médicales et professionnelles. Ce résultat représente une augmentation de 17 % par rapport à 2017-2018, mais il reste un écart de 23 points de pourcentage à combler pour atteindre la cible de 40 % fixée pour 2020.

L'écart entre le résultat 2018-2019 et la cible 2020 s'explique par l'absence de chargés de projet, qui auraient pu s'occuper de plusieurs des éléments ayant entraîné de nombreux délais. Pour l'exercice à venir, outre l'embauche de chargés de projet, il est prévu de produire un plan d'action donnant des précisions sur les activités et les outils, technologiques ou autres, à mettre en place, un modèle organisationnel provincial, des outils de communication et de promotion, un guide d'accompagnement visant à soutenir le changement des pratiques ainsi qu'une adaptation du protocole d'accord en télémédecine. Il faut toutefois savoir que l'augmentation des activités de téléconsultation dépend de la mise en place d'une solution technologique provinciale permettant aux cliniciens de réaliser ces activités de façon simple et sécuritaire.

L'augmentation de 60 % de l'ensemble des activités cliniques utilisant la technologie de télésanté réalisées en 2018-2019 traduit les efforts déployés dans les établissements québécois pour augmenter l'accès aux soins et aux services.

Indicateur	Résultat 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage d'installations ayant fait l'objet d'une désignation de centres primaires, secondaires ou tertiaires pour le traitement et la réhabilitation lors d'AVC[1]	34 %	100 %

1. Le libellé « Pourcentage d'établissements ayant fait l'objet d'une désignation de centres primaires, secondaires ou tertiaires pour le traitement et la réhabilitation lors d'AVC » a été modifié de façon à porter plutôt sur les installations visées.

ACTION 3 Déployer les trajectoires de soins pour les personnes à risque ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) dans toutes les régions du Québec

Mise en contexte

Le nombre important d'incidents neurologiques qui surviennent annuellement mérite une attention particulière. Les soins concernant les accidents vasculaires cérébraux (AVC) doivent faire l'objet d'une trajectoire systématisée afin d'amoindrir les répercussions de ceux-ci sur la santé et la vie sociale des patients. Chaque établissement du Québec doit ainsi organiser ses services de façon à permettre un accès de premier niveau aux personnes ayant fait un AVC.

Le MSSS s'est engagé à s'assurer que chaque établissement du Québec fasse l'objet d'une désignation, par la ministre, selon un niveau de soins approprié. Pour ce faire, le MSSS poursuit ses visites aux fins de l'évaluation de la conformité de la trajectoire de soins. Cette évaluation mènera, le cas échéant, à la désignation, laquelle garantira un accès aux services attendus dans toutes les régions du Québec.

Explication du résultat

En 2018-2019, 34 % des installations (21/62) ont fait l'objet d'une désignation de centres primaires, secondaires ou tertiaires pour le traitement et la réadaptation après la phase aiguë de l'AVC. Ce résultat représente un écart de 66 points de pourcentage par rapport à la cible de 100 % qui a été déterminée pour 2020. Plus précisément, 4 installations ont reçu une désignation tertiaire (4/4), 17 installations ont reçu une désignation secondaire (17/22) et aucune installation n'a obtenu de désignation primaire (0/36).

L'absence de visite aux fins des désignations primaires explique principalement ce dernier résultat. La définition et la classification des centres primaires ainsi que la matrice d'évaluation des critères à utiliser pour les visites ont été produites en 2018-2019, mais elles n'ont pas encore été validées par le RSSS et les experts cliniques.

ACTION 4 Implanter les trajectoires de soins concernant le traitement des infarctus aigus du myocarde dans toutes les régions du Québec

Indicateur	Résultat 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage d'établissements ayant complété la mise en place de la trajectoire de soins de l'IAMEST	100 %	100 %

Mise en contexte

L'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) est une maladie répandue requérant une action chronodépendante. Il faut donc une action rapide pour assurer la qualité de la réponse à cette situation et réduire la mortalité. Le MSSS a établi une trajectoire de soins systématisée visant à améliorer l'accès aux soins dans toutes les régions du Québec, 24 heures sur 24.

Le MSSS prévoit implanter la trajectoire de soins de l'IAMEST en mode hiérarchique dans toutes les régions du Québec. L'objectif est que les Québécois bénéficient d'un accès systématisé, dans les délais impartis, au traitement approprié de l'IAMEST dans chaque établissement de santé.

Explication du résultat

En 2018-2019, 100 % des établissements ont complété la mise en place de la trajectoire de soins de l'IAMEST, dont les effets seront mesurés à l'aide d'indicateurs de performance, en temps réel, après l'implantation de la Banque IM à l'échelle provinciale.

ACTION 5 Déployer les services de sage-femme dans toutes les régions du Québec

Indicateur	Résultat 2018-2019	Cible 2020
Pourcentage de RTS offrant des services de sage-femme	60 %	100 %

Mise en contexte

Le Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme prévoit des services dans toutes les régions du Québec. Bien que les volumes de naissances soient insuffisants pour justifier la construction de maisons de naissances dans certaines régions, il est prévu d'y déployer des effectifs qui pourront offrir un suivi de grossesse et des accouchements à domicile ou dans un centre hospitalier.

Explication du résultat

Au 31 mars 2019, ce sont 15 des 25 réseaux territoriaux de services (RTS), soit 60 % d'entre eux, qui offraient des services de sage-femme. Ce résultat représente un écart de 40 points de pourcentage par rapport à la cible de 100 % déterminée pour 2020.

Il faut mentionner que six RTS (24 %) ont soumis un projet au MSSS en vue d'offrir des services de sage-femme à leur population. Dans un autre ordre d'idées, la rareté de la main-d'œuvre a ralenti le développement des services de sage-femme au Québec. Par conséquent, certains postes en région sont affichés sans être pourvus. Il faut également mentionner que mener jusqu'au bout un projet de maison de naissances prend plusieurs années (organisation des services, préparation des ententes, construction, etc.).

ACTION 6 Assurer la sécurité et le bien-être des personnes aînées habitant dans une résidence privée pour aînés (RPA)

Indicateurs	Résultats 2018-2019	Cibles
Diffusion du règlement portant sur la certification des résidences pour aînés	Atteint	Printemps 2018
Diffusion du guide actualisé portant sur l'application du règlement sur la certification des résidences privées pour aînés	Non atteint	Guide actualisé diffusé en 2018
Pourcentage des responsables de la certification des RPA formés à l'application du nouveau règlement	100 %	100 % en 2018

Mise en contexte

Le MSSS doit s'assurer, par la réglementation qu'il adopte, de la sécurité et du bien-être des personnes aînées habitant dans une résidence privée pour aînés (RPA), et ce, tout en ayant comme préoccupation de maintenir l'accessibilité à ce type d'habitation dans toutes les régions du Québec.

À cet effet, le MSSS suivra, sur une base continue, l'application du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés et fournira le soutien nécessaire à sa mise en œuvre auprès des responsables de la certification des RPA dans les établissements.

Explication des résultats

Le nouveau Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés a été adopté le 5 avril 2018. Il fait suite au Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés, qui était en vigueur depuis le 13 mars 2013. Il a été diffusé auprès de l'ensemble des exploitants de RPA et des partenaires qu'il concerne.

Au 31 mars 2019, 100 % des responsables de la certification des RPA ont été formés à l'application du nouveau règlement. Plusieurs documents et communications ont été transmis aux répondants des établissements responsables de la certification et aux exploitants des RPA afin de les informer et de les soutenir dans leur effort pour se familiariser avec ce nouveau règlement. De plus, les répondants des établissements responsables de la certification des RPA, les inspecteurs ministériels et les visiteurs d'Agrément Canada ont été informés et formés sur ce nouveau règlement.

En raison de certaines difficultés relatives à l'application du nouveau règlement, le guide d'application du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés n'a pu être publié officiellement, mais une version de travail a été remise aux répondants des établissements responsables de la certification des RPA. Ces enjeux d'application ont mené le MSSS, avec l'appui des présidentes-directrices générales et présidents-directeurs généraux des établissements, à mettre sur pied un comité ayant pour mandat de réviser les articles du règlement qui posent des difficultés et de formuler des recommandations en vue de modifier le règlement actuellement en vigueur.

ACTION 7 Développer de nouvelles places et des mesures alternatives pour favoriser l'utilisation optimale des lits de courte durée en centres hospitaliers dans toutes les régions du Québec

Indicateur	Résultat 2018-2019	Cible 2020
Nombre de places et mesures alternatives créées	3 329	2 100

Mise en contexte

L'ajout de places pour les personnes qui attendent des services d'hébergement, de réadaptation, de convalescence ou des services en santé mentale contribue à améliorer le temps d'attente dans tous les hôpitaux. Ces nouvelles places sont offertes aux personnes qui continuent d'occuper un lit dans un centre hospitalier même si elles n'ont plus besoin des ressources et des services qui y sont fournis.

Explication du résultat

En 2018-2019, on dénombre 3 329 places et mesures alternatives créées depuis le 1er septembre 2016 (2 991 places et 338 mesures alternatives). Ce résultat, qui représente une augmentation de 65,7 % par rapport au résultat de l'exercice précédent (2 009 places et mesures alternatives), dépasse largement la cible de 2 100 places et mesures alternatives fixée pour l'année 2020.

Les investissements supplémentaires de 100 millions de dollars et de 23,25 millions de dollars, annoncés respectivement le 7 décembre 2016 et le 12 janvier 2018, visent à diminuer l'attente dans les urgences et les hôpitaux. Ces investissements ont effectivement permis l'ajout d'une grande quantité de places et de mesures alternatives, pour une utilisation plus optimale des lits de courte durée dans les centres hospitaliers.

PARTIE 5

LES RÉALISATIONS DU SECRÉTARIAT AUX AÎNÉS

Le Secrétariat aux aînés, placé depuis novembre 2018 sous l'autorité de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, assure la réalisation des mandats dévolus par la loi à la ministre. Il joue un rôle de conseiller auprès du gouvernement pour toute question portant sur le vieillissement des personnes et de la société ainsi que sur l'adaptation des programmes et des services destinés aux personnes aînées.

Associé aux décisions ministérielles et gouvernementales relatives aux aînés et au vieillissement de la population, il voit à l'élaboration des interventions publiques s'y rapportant, de façon à ce qu'elles tiennent compte des particularités du vieillissement, et assure la coordination des actions gouvernementales qui en découlent.

Avec un souci de concertation, le Secrétariat aux aînés planifie et soutient, dans une perspective d'équité intergénérationnelle et de respect de la diversité, des politiques ou des mesures propices :

- à combattre les préjugés;
- à favoriser la participation;
- à assurer la santé et la sécurité des aînés;
- et ce, dans une perspective d'équité intergénérationnelle et de respect de la diversité.

ENJEU

UNE SOCIÉTÉ ADAPTÉE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

ORIENTATION

Favoriser le vieillissement actif

AXE : Une participation pleine et entière des personnes aînées

OBJECTIF Poursuivre les orientations de la politique gouvernementale Vieillir et vivre ensemble

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2018-2019	Cibles
Élaboration du plan d'action *Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec 2018-2023*[1]	Consultations réalisées	Atteint	Lancement du plan d'action	Non applicable[2]
Proportion des mesures du plan d'action *Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec 2018-2023* mises en œuvre	Non applicable	38 %	20 %	80 % en 2022

1. Le nom du plan d'action est « Plan d'action 2018-2023 *Un Québec pour tous les âges* ».

2. Cette action se termine en 2019.

Mise en contexte

Le vieillissement de la population québécoise s'intensifie depuis l'arrivée de la génération des baby-boomers parmi les 65 ans et plus, à laquelle s'ajoutent l'augmentation de l'espérance de vie à 65 ans et le faible taux de natalité. La société québécoise doit prendre cette réalité en considération afin de continuer d'assurer le mieux-être des personnes aînées. Elle doit tout mettre en œuvre pour soutenir le dynamisme de ces dernières. Le vieillissement actif permet la participation pleine et entière des personnes aînées à la vie sociale, professionnelle, économique et culturelle, selon leurs besoins et leurs capacités. Il suppose aussi que ces personnes puissent recevoir des services et des soins adaptés à leurs besoins.

Explication des résultats et des écarts

En juin 2018, le plan d'action 2018-2023 *Un Québec pour tous les âges* a été diffusé. Au 31 mars 2019, 17 des 45 mesures dont le MSSS est responsable ont été mises en œuvre, ce qui représente 38 % de ces mesures. Ainsi, la cible de 20 % déterminée pour 2018-2019 a été atteinte. Le nombre augmentera au cours des prochaines années, étant donné que la réalisation de plusieurs actions est planifiée pour cette période. Au 31 mars 2022, ce sont 80 % des mesures du MSSS qui doivent avoir été mises en œuvre.

ENJEU

UNE SOCIÉTÉ ADAPTÉE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

ORIENTATION

Soutenir les personnes aînées en situation de vulnérabilité

AXE : Une société bienveillante

OBJECTIF Contrer la maltraitance envers les personnes aînées

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2018-2019	Cibles
Proportion des mesures du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022* mises en œuvre sous la responsabilité du ministère[1]	Non applicable	35 %	20 %	100 % en 2022
Proportion de l'ensemble des mesures du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022* mises en œuvre	Non applicable	31 %	Non déterminée[2]	100 % en 2022

1. Pour cet indicateur, le terme ministère fait référence uniquement au Secrétariat aux aînés. Les mesures sous la responsabilité des autres directions générales du MSSS demeurent comptabilisées dans l'indicateur « Proportion de l'ensemble des mesures », à l'instar de ce qui était fait en 2017-2018, ce qui permettra les comparaisons d'une année à l'autre.
2. Le Secrétariat aux aînés était, jusqu'en novembre 2018, rattaché au ministère de la Famille et rendait compte des actions inscrites dans la planification stratégique de ce dernier. Cette reddition de comptes ne comportait pas de cibles intermédiaires.

Mise en contexte

Le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*, le second sur le sujet, a été lancé le 15 juin 2017, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes aînées. Ce plan d'action comprend 52 mesures, dont 23 sont placées sous la responsabilité du Secrétariat aux aînés. Il permet de réaliser des efforts supplémentaires par l'entremise d'actions visant chacun des milieux de vie des aînés – maison, résidence privée pour aînés ou établissement (ressource intermédiaire, ressource de type familial ou centre d'hébergement et de soins de longue durée) – et favorisant la promotion de comportements bientraitants à l'égard des personnes aînées du Québec.

Explication des résultats et des écarts

En 2018-2019, 35 % des mesures du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022* placées sous la responsabilité du MSSS ont été mises en œuvre. Ce résultat dépasse la cible fixée pour 2018-2019, qui se situe à 20 %. Plus précisément, 17 % (4/23) des mesures sont terminées, 17 % (4/23) des mesures sont réalisées et 65 % (15/23) des mesures sont en cours

Quant à ce plan d'action pris dans son ensemble, ce sont 31 % des mesures qui ont été mises en œuvre au 31 mars 2019. Ainsi, parmi les mesures, 12 % (6/32) sont terminées, 19 % (10/52) sont réalisées et se poursuivent en continu, 64 % (33/52) sont en cours et 6 % (3/52) n'ont pas été entreprises.

Le nombre de mesures réalisées augmentera au cours des prochaines années, étant donné que la réalisation des actions s'échelonne sur toute la durée du plan d'action. Au 31 mars 2022, il faudrait que 100 % des mesures aient été mises en œuvre.

OBJECTIF Garantir une protection aux personnes aînées en situation de vulnérabilité

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible
Nombre d'initiatives de travail de milieu pour les aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV) soutenues	124	153	Non déterminée[1]	143 en 2022 (15 % d'augmentation par rapport à 2017-2018)

1. Le Secrétariat aux aînés était, jusqu'en novembre 2018, rattaché au ministère de la Famille et rendait compte des actions inscrites dans la planification stratégique de ce dernier. Cette reddition de compte ne comportait pas de cibles intermédiaires.

Mise en contexte

Les Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV) sont issues de la politique *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec* et de son plan d'action 2012-2017.

L'objectif général du programme ITMAV est de soutenir la mise en place ou le maintien de travailleurs de milieu pour détecter les aînés vulnérables ou qui risquent de le devenir en vue de favoriser leur accompagnement vers les ressources pertinentes de leur communauté tout en leur laissant ou en leur redonnant le pouvoir de faire des choix pour leur bien-être. Aussi, les ITMAV contribuent tant à briser l'isolement des personnes aînées qu'à favoriser leur autonomie et leur maintien dans leur communauté.

La poursuite du déploiement des ITMAV est désormais intégrée au *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*.

Explication du résultat

Un appel de projets pour le programme ITMAV a eu lieu du 22 mai au 22 juin 2018, ce qui a permis de soutenir davantage d'ITMAV en 2018-2019. Au 31 mars 2019, 153 ITMAV étaient financées par le programme, ce qui représente une augmentation de 23 % par rapport au résultat de 2017-2018. Ainsi, la cible de 143 ITMAV pour 2022 est atteinte au terme du présent exercice.

OBJECTIF Garantir une protection aux personnes aînées en situation de vulnérabilité

Indicateur	Résultat 2017-2018	Résultat 2018-2019	Cible 2018-2019	Cible
Pourcentage de régions visées couvertes par des ententes sociojudiciaires	Non disponible	40 %	75 %	100 % en 2020

Mise en contexte

Le MSSS entend déployer des ententes sociojudiciaires dans les différentes régions du Québec. En phase avec la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, ces ententes visent à garantir une meilleure protection aux personnes aînées victimes de maltraitance et à leur apporter l'aide nécessaire par l'application de procédures d'intervention sociojudiciaires. La mise en place de processus d'intervention concertés favorise des actions rapides et complémentaires de la part des organismes publics.

Explication du résultat et de l'écart

En 2018-2019, 40 % des régions ont été couvertes par des ententes sociojudiciaires. Il subsiste ainsi un écart de 35 points de pourcentage par rapport à la cible de 75 % fixée pour ce même exercice.

Ce résultat s'explique notamment par le fait que l'Entente-cadre nationale pour lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées a été signée plus tard que prévu, soit le 7 février 2018, par les acteurs qu'elle concerne. Par conséquent, l'implantation de la première phase n'a débuté qu'en mars 2018, rendant ainsi impossible l'atteinte, au 31 mars 2019, de la cible qui a été déterminée pour cette date.

ACTIONS EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE DU SECRÉTARIAT AUX AÎNÉS

Objectif gouvernemental 6.2

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

ACTION Promouvoir le programme MADA auprès des municipalités et MRC

Indicateurs	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles
Mise à jour et publication du programme MADA	Atteint	Atteint	2017
Nombre de municipalités et de MRC en démarche MADA	899	Atteint 902	870 municipalités en 2019
Nombre de municipalités et de MRC en renouvellement de démarche MADA	246	Ne s'applique pas[1]	250 en 2020

1. Aucune municipalité ou MRC n'a entrepris d'actions visant à conserver sa reconnaissance MADA en 2018-2019 puisque le Programme de soutien à la démarche MADA était à l'étude au Conseil du trésor.

Mise en contexte

Depuis 2009, par l'intermédiaire du Programme de soutien à la démarche Municipalité amie des aînés (MADA), le gouvernement du Québec appuie le pouvoir d'agir des municipalités et des municipalités régionales de comté (MRC) pour l'instauration et le maintien de milieux de vie favorables aux aînés.

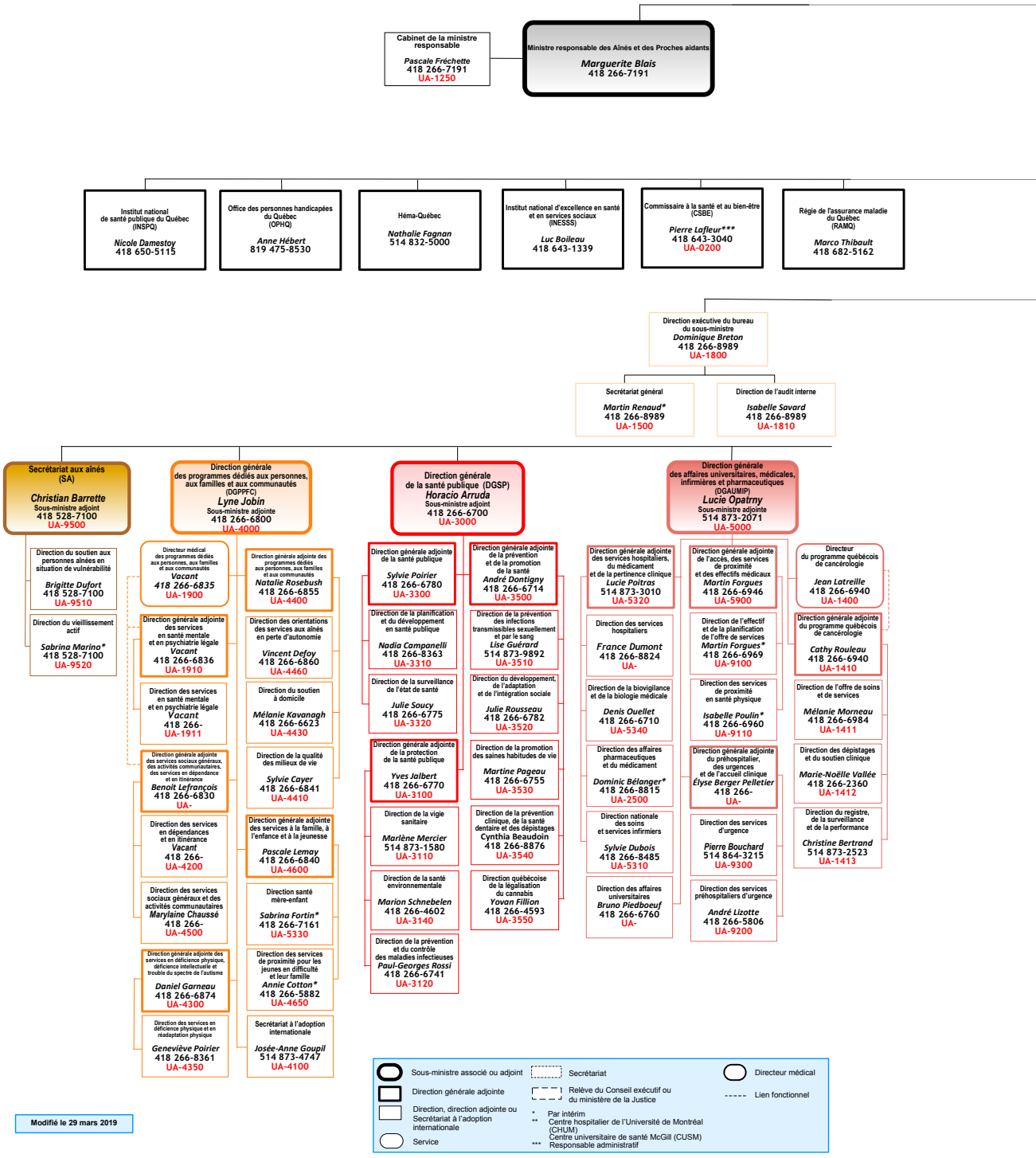
Explication des résultats

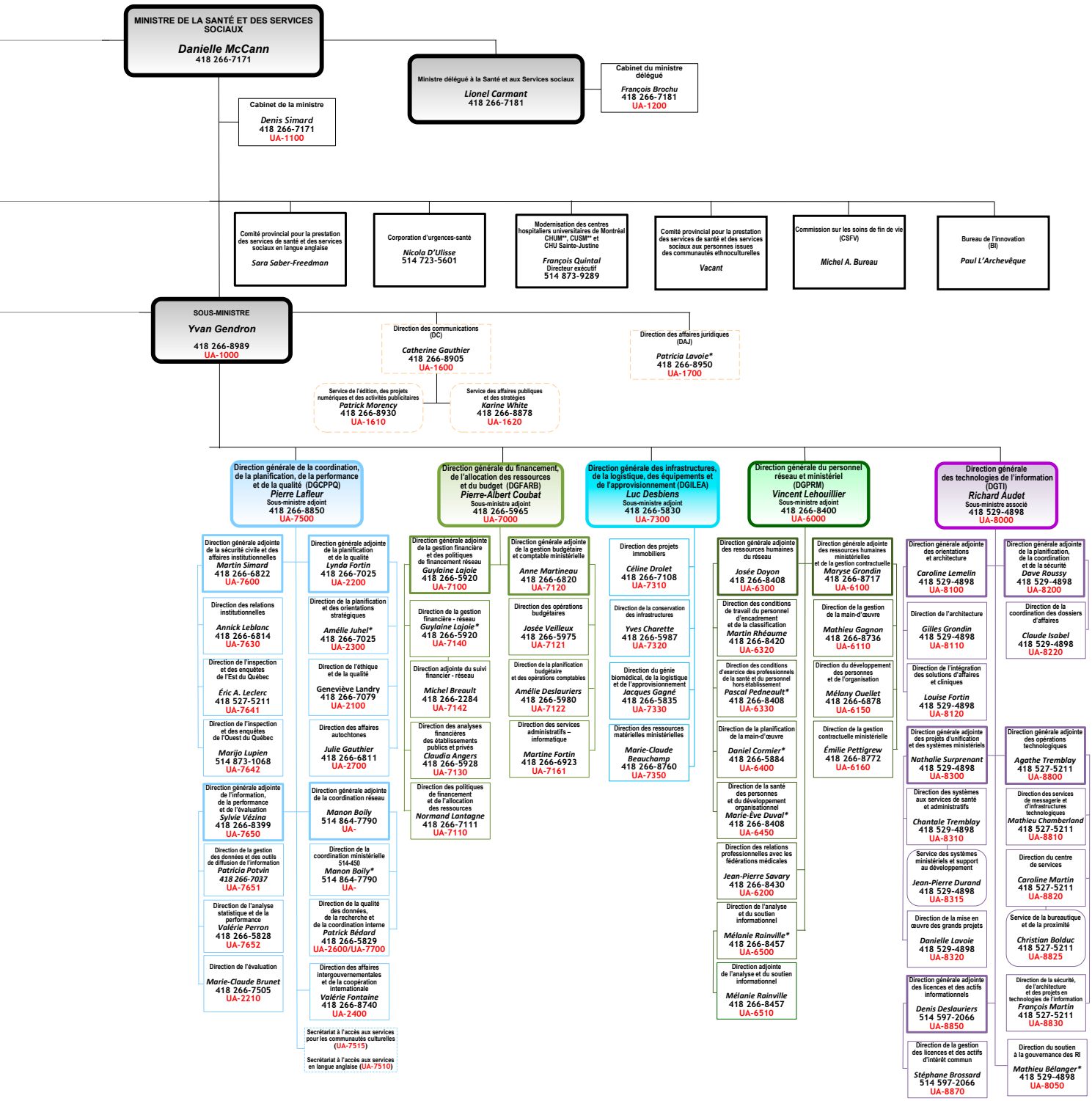
En 2018-2019, plus de 900 municipalités et MRC avaient entrepris la démarche MADA, ce qui dépasse de la cible établie à 870 pour cet exercice financier. Cela fait du Québec la société la plus avancée au monde dans l'application de l'approche « ville-amie des aînés » prônée par l'Organisation mondiale de la santé.

L'amplification des actions visant à soutenir les municipalités et les MRC amies des aînés figure au rang des priorités du plan d'action 2018-2023 découlant de la politique gouvernementale Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec.

ANNEXE I

LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DU MSSS AU 31 MARS 2019




MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Danielle McCann
418 266-7171
Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux
Lionel Carmant
418 266-7181
Cabinet du ministre délégué
François Brochu
418 266-7181
UA-1200
Cabinet de la ministre
Denis Simard
418 266-7171
UA-1100
Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
Sara Saber-Freedman
Corporation d'urgences-santé
Nicola D'Ulisse
514 723-5601
Modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal CHUM**, CUSM** et CHU Sainte-Justine
François Quintal
Directeur exécutif
514 873-9289
Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles
Vacant
Commission sur les soins de fin de vie (CSFV)
Michel A. Bureau
Bureau de l'innovation (BI)
Paul L'Archevêque
SOUS-MINISTRE
Yvan Gendron
418 266-8989
UA-1000
Direction des communications (DC)
Catherine Gauthier
418 266-8905
UA-1600
Direction des affaires juridiques (DAJ)
Patricia Lavoie*
418 266-8950
UA-1700
Service de l'édition, des projets numériques et des activités publicitaires
Patrick Morency
418 266-8930
UA-1610
Service des affaires publiques et des stratégies
Karine White
418 266-8878
UA-1620
Direction générale de la coordination, de la planification, de la performance et de la qualité (DGCPPQ)
Pierre Lafleur
Sous-ministre adjoint
418 266-8850
UA-7500
Direction générale du financement, de l'allocation des ressources et du budget (DGFARB)
Pierre-Albert Coubat
Sous-ministre adjoint
418 266-5965
UA-7000
Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement (DGILEA)
Luc Desbiens
Sous-ministre adjoint
418 266-5830
UA-7300
Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM)
Vincent Lehouillier
Sous-ministre adjoint
418 266-8400
UA-6000
Direction générale des technologies de l'information (DGTI)
Richard Audet
Sous-ministre associé
418 529-4898
UA-8000
Direction générale adjointe de la sécurité civile et des affaires institutionnelles
Martin Simard
418 266-6822
UA-7600
Direction des relations institutionnelles
Annick Leblanc
418 266-6814
UA-7630
Direction de l'inspection des enquêtes de l'Est du Québec
Éric A. Leclerc
418 527-5211
UA-7641
Direction de l'inspection et des enquêtes de l'Ouest du Québec
Marijo Lupien
514 873-1068
UA-7642
Direction générale adjointe de l'information, de la performance et de l'évaluation
Sylvie Vézina
418 266-8399
UA-7650
Direction de la gestion des données et des outils de diffusion de l'information
Patricia Potvin
418 266-7037
UA-7651
Direction de l'analyse statistique et de la performance
Valérie Perron
418 266-5828
UA-7652
Direction de l'évaluation
Marie-Claude Brunet
418 266-7505
UA-2210
Direction générale adjointe de la planification et de la qualité
Lynda Fortin
418 266-7025
UA-2200
Direction de la planification et des orientations stratégiques
Amélie Juhel*
418 266-7025
UA-2300
Direction de l'éthique et de la qualité
Geneviève Landry
418 266-7079
UA-2100
Direction des affaires autochtones
Julie Gauthier
418 266-6811
UA-2700
Direction générale adjointe de la coordination réseau
Manon Boily
514 864-7790
UA-
Direction de la coordination ministérielle 514-450
Manon Boily*
514 864-7790
UA-
Direction de la qualité des données, de la recherche et de la coordination interne
Patrick Bédard
418 266-5829
UA-2600/UA-7700
Direction des affaires intergouvernementales et de la coopération internationale
Valérie Fontaine
418 266-8740
UA-2400
Secrétariat à l'accès aux services pour les communautés culturelles (UA-7515)
Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise (UA-7510)
Direction générale adjointe de la gestion financière et des politiques de financement réseau
Guylaine Lajoie
418 266-5920
UA-7100
Direction de la gestion financière - réseau
Guylaine Lajoie*
418 266-5920
UA-7140
Direction adjointe du suivi financier - réseau
Michel Breault
418 266-2284
UA-7142
Direction des analyses financières des établissements publics et privés
Claudia Angers
418 266-5928
UA-7130
Direction des politiques de financement et de l'allocation des ressources
Normand Lantagne
418 266-7111
UA-7110
Direction générale adjointe de la gestion budgétaire et comptable ministérielle
Anne Martineau
418 266-6820
UA-7120
Direction des opérations budgétaires
Josée Veilleux
418 266-5975
UA-7121
Direction de la planification budgétaire et des opérations comptables
Amélie Deslauriers
418 266-5980
UA-7122
Direction des services administratifs – informatique
Martine Fortin
418 266-6923
UA-7161
Direction des projets immobiliers
Céline Drolet
418 266-7108
UA-7310
Direction de la conservation des infrastructures
Yves Charette
418 266-5987
UA-7320
Direction du génie biomédical, de la logistique et de l'approvisionnement
Jacques Gagné
418 266-5835
UA-7330
Direction des ressources matérielles ministérielles
Marie-Claude Beauchamp
418 266-8760
UA-7350
Direction générale adjointe des ressources humaines du réseau
Josée Doyon
418 266-8408
UA-6300
Direction des conditions de travail du personnel d'encadrement et de la classification
Martin Rhéaume
418 266-8420
UA-6320
Direction des conditions d'exercice des professionnels de la santé et du personnel hors établissement
Pascal Pedneault*
418 266-8408
UA-6330
Direction de la planification de la main-d'œuvre
Daniel Cormier*
418 266-5884
UA-6400
Direction de la santé des personnes et du développement organisationnel
Marie-Ève Duval*
418 266-8408
UA-6450
Direction des relations professionnelles avec les fédérations médicales
Jean-Pierre Savary
418 266-8430
UA-6200
Direction de l'analyse et du soutien informationnel
Mélanie Rainville*
418 266-8457
UA-6500
Direction adjointe de l'analyse et du soutien informationnel
Mélanie Rainville
418 266-8457
UA-6510
Direction générale adjointe des ressources humaines ministérielles et de la gestion contractuelle
Maryse Grondin
418 266-8717
UA-6100
Direction de la gestion de la main-d'œuvre
Mathieu Gagnon
418 266-8736
UA-6110
Direction du développement des personnes et de l'organisation
Mélany Ouellet
418 266-6878
UA-6150
Direction de la gestion contractuelle ministérielle
Émilie Pettigrew
418 266-8772
UA-6160
Direction générale adjointe des orientations et architecture
Caroline Lemelin
418 529-4898
UA-8100
Direction de l'architecture
Gilles Grondin
418 529-4898
UA-8110
Direction de l'intégration des solutions d'affaires et cliniques
Louise Fortin
418 529-4898
UA-8120
Direction générale adjointe des projets d'unification et des systèmes ministériels
Nathalie Surprenant
418 529-4898
UA-8300
Direction des systèmes aux services de santé et administratifs
Chantale Tremblay
418 529-4898
UA-8310
Service des systèmes ministériels et support au développement
Jean-Pierre Durand
418 529-4898
UA-8315
Direction de la mise en œuvre des grands projets
Danielle Lavoie
418 529-4898
UA-8320
Direction générale adjointe des licences et des actifs informationnels
Denis Deslauriers
514 597-2066
UA-8850
Direction de la gestion des licences et des actifs d'intérêt commun
Stéphane Brossard
514 597-2066
UA-8870
Direction générale adjointe de la planification, de la coordination et de la sécurité
Dave Roussy
418 529-4898
UA-8200
Direction de la coordination des dossiers d'affaires
Claude Isabel
418 529-4898
UA-8220
Direction générale adjointe des opérations technologiques
Agathe Tremblay
418 527-5211
UA-8800
Direction des services de messagerie et d'infrastructures technologiques
Mathieu Chamberland
418 527-5211
UA-8810
Direction du centre de services
Caroline Martin
418 527-5211
UA-8820
Service de la bureautique et de la proximité
Christian Bolduc
418 527-5211
UA-8825
Direction de la sécurité, de l'architecture et des projets en technologies de l'information
François Martin
418 527-5211
UA-8830
Direction du soutien à la gouvernance des RI
Mathieu Bélanger*
418 529-4898
UA-8050

ANNEXE II

LOIS DONT LA RESPONSABILITÉ DE L'APPLICATION RELÈVE, PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT, DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (RLRQ, chapitre A-2.2)

Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (RLRQ, chapitre A-5.01)

Loi sur les activités funéraires (RLRQ, chapitre A-5.02)

Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28)

Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29)

Loi sur l'assurance médicaments (RLRQ, chapitre A-29.01)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (RLRQ, chapitre A-33.1)

Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (RLRQ, chapitre C-5.2)

Loi encadrant le cannabis (RLRQ, chapitre C-5.3)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (RLRQ, chapitre C-32.1.1)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre *E-12.0001)*

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (RLRQ, chapitre E-20.1)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance (RLRQ, chapitre H-1.1)

Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (RLRQ, chapitre *I*-13.03)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (RLRQ, chapitre I-13.1.1)

Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (RLRQ, chapitre *L*-0.2)

Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre L-6.2)

Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (RLRQ, chapitre L-6.3)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre M-1.1)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (RLRQ, chapitre M-19.2)

Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (RLRQ, chapitre M-35.1.3)

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2)

Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (RLRQ, chapitre P-9.0001)

Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001)

Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac

(RLRQ, chapitre R-2.2.0.0.1)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (RLRQ, chapitre R-5)

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (RLRQ, chapitre R-24.0.2)

Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (RLRQ, chapitre S-5)

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, chapitre S-6.2)

Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (RLRQ, chapitre U-0.1)

ANNEXE III

BILAN DES RÉALISATIONS PAR RAPPORT AU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020

Le présent bilan fait état des résultats au regard des engagements pris dans le cadre du *Plan stratégique 2015-2020*. Les résultats et les principales observations qui en découlent sont regroupés en fonction des enjeux de ce plan. Pour prendre connaissance des résultats régionaux, il faut consulter les rapports annuels de gestion produits par les établissements de santé et de services sociaux.

Les renseignements ayant une portée nationale ont soit été fournis directement par le MSSS, soit été obtenus à partir de la compilation de données recueillies dans les régions.

ORIENTATION 1

Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2020
1. Proportion de fumeurs actuels de 12 ans ou plus	20,9 %	18,6 %	18,1 %	18,3 %	16 %
Proportion de la population de 12 ans ou plus consommant 5 fois ou plus de fruits et légumes par jour	47 %	39 %	38 %	35 %	50 %
Proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports	47 %	54 %	56 %	55 %	51 %
2. Taux de vaccination chez les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé	33 %	24 %	Non disponible	19 %	80 %
3. Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	35 609	40 307	43 325	47 603	35 221

ORIENTATION 2

Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2020
4. Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	71 %	75 %	78 %	81 %	85 %
Nombre total de GMF	263	302	325	342	300
Nombre total de GMF-R (super-cliniques)	0	6	44	50	50
Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	62 %	62 %	61 %	62 %	75 %
5. Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	60 %	61 %	60 %	60 %	85 %
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	59 %	60 %	59 %	58 %	85 %
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,7 h	15,6 h	13,7 h	14,2 h	12 h
6. Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	60 %	62 %	69 %	71 %	100 %
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an	6 309	3 112	2 198	1 398	0
7. Pourcentage des personnes de 50 à 74 ans ayant été dépistées pour le cancer colorectal au cours des deux dernières années	Non disponible	30 %	32 %	34 %	40 %
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	61 %	63 %	65 %	65 %	90 %
Taux de mortalité due au cancer colorectal par 100 000 habitants	29,8	28,9	28,8	28,7	25,8

Suite du tableau ➔

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2020
8. Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant un taux d'infections nosocomiales conforme aux taux établis :					
- Diarrhées associées à *Clostridium difficile*	87 %	94 %	98 %	99 %	95 %
- Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline	93 %	91 %	94 %	92 %	95 %
- Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	94 %	98 %	96 %	92 %	95 %
Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	Non disponible	56 %	59 %	69 %	80 %
9. Nombre de plans d'action produits dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services	4	5	17	35	22
10. Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée	129 554	132 992	141 621	147 050	150 313
Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée, ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention	70 %	76 %	83 %	78 %	90 %
11. Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	43 %	72 %	79 %	87 %	80 %
Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA)	31 %	56 %	62 %	66 %	70 %
12. Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	21 449	22 796	22 793	23 055	24 988
Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	Non disponible	16,5 %	17,6 %	18,5 %	18,5 %
Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	804	867	896	898	862

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2020
13. Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Non disponible	231 jours	176 jours	177 jours	90 jours
Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA, venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	Non disponible	61 %	64 %	72 %	90 %
14. Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	3 962	4 060	4 800	4 782	4 736
Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	8 297	8 637	11 071	12 349	12 422
15. Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	75 %	82 %	88 %	89 %	90 %
Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	Non disponible	Non disponible	Non disponible	41 %	100 %
16. Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence (sur 1 000)	10,41	10,54	10,76	11,12	10

ORIENTATION 3

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

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 2020
17. Taux de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail	Non disponible	78 %	Non disponible	Non disponible	80 %
Taux de mutation	4,74 %	9,31 %	13,02 %	12,38 %	6 %
Certification Entreprise en santé Élite maintenue	Maintien	Maintien	Maintien	Maintien	Maintien
18. Taux d'heures supplémentaires	3,05	3,42	4,06	4,61	3,00
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,83	1,92	2,17	2,38	2,25
Ratio d'heures en assurance salaire	6,29	6,94	7,42	7,52	5,90
19. Mise en œuvre de la réforme sur l'organisation et la gouvernance	Atteint	Atteint	Atteint	Atteint	D'ici 2016
20. Pourcentage des établissements ayant déployé leur salle de pilotage stratégique	Non disponible	87 %	100 %	100 %	100 %
Nombre de cadres en équivalent temps complet	Atteint	Atteint	Atteint	Atteint	Réduction de 1 300 d'ici 2018
21. Pourcentage des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvertes par le financement axé sur le patient	8,7 %	9,4 %	9,5 %	9,6 %	80 %
22. Nombre de cliniciens en première ligne ayant adhéré au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME)	4 887 médecins 999 infirmières	Atteint	Atteint	Atteint	5 200 médecins et 1 000 infirmières d'ici 2017
Pourcentage des installations des établissements publics qui ont une mission de centre hospitalier (CH) et qui peuvent consulter au moins un des domaines de renseignements du Dossier Santé Québec	Atteint	Atteint	Atteint	Atteint	100 %
Pourcentage des établissements publics qui ont mis en place le Dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net dans au moins une installation de mission de centre hospitalier	Non disponible	6 %	9 %	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

19-102-01F

Santé
et Services sociaux
Québec