



PLAN STRATÉGIQUE

du ministère de la Santé
et des Services sociaux du Québec

2015-2020

PLAN STRATÉGIQUE

du ministère de la Santé
et des Services sociaux du Québec

2015-2020

ÉDITION

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-74478-8 (version PDF)

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

MESSAGE DES MINISTRES

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

C'est avec plaisir que nous déposons à l'Assemblée nationale le *Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Ce plan présente les orientations stratégiques, les objectifs et les indicateurs de résultats que fixe le Ministère, tant pour lui-même que pour son réseau, de manière à répondre aux enjeux auxquels devra faire face le secteur de la santé et des services sociaux au cours des cinq prochaines années.

Le *Plan stratégique 2015-2020* a été élaboré dans un contexte où des choix conséquents doivent être faits pour équilibrer nos finances publiques et parvenir à une prospérité durable, en vue de protéger, entre autres, notre système de santé et de services sociaux. Cela se répercute sur la priorisation des orientations et des actions du Ministère.

Notre système de santé et de services sociaux a fait des progrès significatifs au cours des dernières années dans tous les domaines relatifs aux soins et aux services offerts à la population, et ce, grâce au dévouement, au courage et à l'excellence des infirmières, médecins, professionnels et employés de soutien du réseau. Mais beaucoup reste à accomplir.

Parmi les nombreux défis auxquels est confronté le système de santé et de services sociaux, il faut compter l'augmentation importante de la demande de soins et de services provoquée largement par les changements démographiques et l'ampleur du phénomène des maladies chroniques. Comme cela crée une pression importante sur le système, le Ministère entend agir en amont comme en aval des problèmes de santé, par des actions visant la prévention et l'amélioration de l'accès aux services généraux et spécialisés, afin d'assurer à la population du Québec, notamment aux plus vulnérables, une réponse adaptée à leurs besoins. Plus que jamais, l'adéquation des soins, des services et des approches cliniques avec les besoins des usagers et de leurs proches doit être considérée si nous voulons parvenir à une meilleure efficacité du réseau.

Le nouveau plan établit également des actions qui s'inscrivent dans la quête constante d'efficacité et de performance de notre organisation. Nous investissons une part importante des ressources de l'État dans notre système de santé et de services sociaux. Nous avons donc la responsabilité de le rendre meilleur, en nous engageant à mettre en place des actions qui contribueront à accroître non seulement le volume, mais également la qualité et la pertinence des services.

Nous tenons par ailleurs à remercier le personnel du Ministère et du réseau qui a contribué à l'atteinte des objectifs du précédent plan stratégique et dont l'apport sera incontestable pour la réalisation de ce nouveau plan.

original signé

Gaétan Barrette
Ministre de la Santé et des Services sociaux

original signé

Lucie Charlebois
Ministre déléguée à la Réadaptation,
à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique

TABLE DES MATIÈRES

LA MISSION DU MINISTÈRE	1
LE CONTEXTE	4
LA VISION	7
LES GRANDS ENJEUX ET LES CHOIX STRATÉGIQUES	8
Premier enjeu : De nouveaux gains en matière de santé de la population	8
Orientation : Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé	8
Deuxième enjeu : Un système centré sur les usagers et adapté à leurs besoins	10
Orientation : Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers	10
Troisième enjeu : Des ressources mobilisées vers l'atteinte de résultats optimaux	17
Orientation : Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement	17
RÉFÉRENCES	21
TABLEAU SYNOPTIQUE	24

LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

LA MISSION DU MINISTÈRE

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

En fonction de sa mission, le rôle premier du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux. Dans une perspective visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il détermine les priorités, les orientations et les politiques relevant de son domaine, et veille à leur application.

Une gouvernance renouvelée pour le Ministère et le réseau

L'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2), en février 2015, transforme l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion ne comportant que deux niveaux hiérarchiques. Ces modifications visent à favoriser et à simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'à accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau. La réorganisation qui résulte notamment des dispositions de cette loi survient au début de la période visée par le *Plan stratégique 2015-2020*.

Elle s'inscrit en continuité avec la réorganisation amorcée en 2004-2005, qui visait notamment à créer des réseaux locaux de services (RLS) dans chaque région sociosanitaire

du Québec et à fusionner des établissements pour former des centres de santé et de services sociaux (CSSS).

À cet égard, l'approche axée sur les réseaux de services va maintenant plus loin, notamment par la création, pour chaque région sociosanitaire, d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) issu de la fusion d'établissements publics de la région¹. Pour plusieurs centres intégrés, cette fusion englobe également l'agence de la santé et des services sociaux de la région. Cette réorganisation est l'occasion d'harmoniser les pratiques, tout en assurant une meilleure fluidité des services, et ce, au profit des usagers et de la population.

Une redéfinition des rôles et responsabilités du Ministère et des établissements

L'adoption 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), modifie le portrait organisationnel du réseau de la santé et des services sociaux, qui sera dorénavant constitué des établissements suivants : vingt-deux CISSS, ici appelés *centres intégrés*, dont neuf portent l'appellation de *centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux* (CIUSSS) ; sept établissements non fusionnés à un centre intégré – soit quatre centres hospitaliers universitaires (CHU) et trois instituts universitaires (IU). Notons également que dix-sept établissements ont été regroupés à des centres

1. Pour les régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de la Montérégie et de Montréal, le nombre de centres intégrés prévu est respectivement de deux, trois et cinq.

intégrés. Ces établissements n'ont pas fait l'objet de fusion avec d'autres établissements en vertu de cette loi, mais ils sont administrés par le conseil d'administration du centre

intégré auquel ils sont regroupés. Enfin, cinq établissements ne sont pas visés par cette loi, soit ceux offrant des services à une population nordique et autochtone.

En conséquence, les rôles et les responsabilités du Ministère et des établissements sont redéfinis.

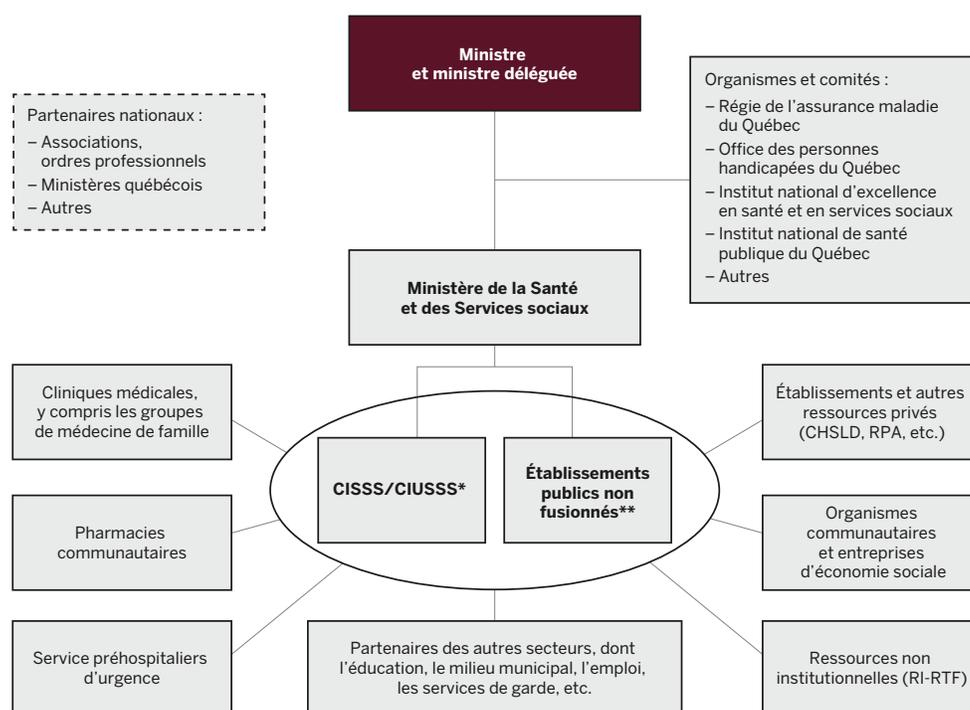
Principaux rôles et responsabilités	
Ministère	Établissements
<ul style="list-style-type: none"> • Réguler et coordonner l'ensemble du système de santé et de services sociaux. • Déterminer les orientations en matière de santé et de bien-être et les standards relatifs à l'organisation des services ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du réseau, et veiller à leur application. • Exercer les fonctions nationales de santé publique (surveillance de l'état de santé, promotion de la santé et du bien-être, prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, protection de la santé). • Assurer la coordination interrégionale des services. • S'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels. • Répartir équitablement les ressources financières, humaines et matérielles et voir au contrôle de leur utilisation. • Évaluer, pour l'ensemble du réseau, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés, dans une perspective d'amélioration de la performance du système. 	<p>Tous les établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir des services de santé et des services sociaux de qualité, qui sont accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des personnes. • S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. • Répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'ils desservent et s'assurer de l'utilisation économique et efficiente de celles-ci. • Réaliser des activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention lorsque ces établissements ont une vocation universitaire. • Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du Ministère en fonction de ses attentes. <p>Centres intégrés (CISSS/CIUSSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planifier et coordonner les services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales. • Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes. • Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de leur territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables. • Établir les corridors de services régionaux ou inter-régionaux requis et conclure des ententes avec les établissements et les autres partenaires de leur réseau territorial de services (RTS) pour répondre aux besoins de la population. • Assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services (RLS) de leur territoire. • Accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées concernées. • S'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau.

Un ministère qui s'appuie sur un réseau d'acteurs et de partenaires

D'autres acteurs contribuent à la réalisation de la mission du système québécois de santé et de services sociaux : les cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, incluant les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques réseau, les pharmacies communautaires, les services préhospitaliers d'urgence, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale, les ressources intermédiaires et de type familial, ainsi que les résidences privées pour aînés.

Le Ministère entretient également des liens avec plusieurs partenaires, dont les ordres professionnels, les organismes qui défendent les intérêts de différents groupes, les fédérations médicales, etc. Plusieurs organismes et comités, liés au domaine de la santé et des services sociaux, relèvent du ministre et l'appuient en exerçant auprès de lui un rôle consultatif ou en remplissant un mandat particulier. Mentionnons, entre autres : la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), le Commissaire à la santé et au bien-être, Héma-Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et Urgences-santé.

Structure du système de santé et de services sociaux



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

** 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*, les sept établissements non fusionnés sont les suivants : 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, non intégrés à un centre intégré, ne figurent pas dans l'illustration ci-dessus. Ils offrent des services à une population nordique et autochtone.

Abréviations

CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée
 CISSS : centre intégré de santé et de services sociaux
 CIUSSS : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
 RI et RTF : ressource intermédiaire et ressource de type familial
 RPA : résidence privée pour aînés

LE CONTEXTE

La population québécoise, son état de santé et les besoins les plus fréquents

- En date du premier juillet 2014, la population du Québec était estimée à 8 214 672 personnes.
- L'espérance de vie à la naissance de la population a crû depuis les années 1920 pour atteindre 82,2 ans en 2013.
- En 2031, le quart de la population aura 65 ans ou plus, et le nombre de personnes de 85 ans ou plus va plus que doubler en vingt ans.
- En 2013, 89 % de la population de 12 ans ou plus se percevait en bonne santé. Cependant, lors de cette même période, 20 % des personnes de 65 ans ou plus ne se considéraient pas en bonne santé². Par ailleurs, 95 % de la population de 12 ans et plus se percevait alors en bonne santé mentale.
- Malgré l'amélioration des habitudes de vie, en 2011-2012, 44 % des adolescents étaient peu ou pas actifs durant leurs loisirs et leurs transports. De même, en 2013, 53 % des Québécois consommaient moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes, et 18 % étaient obèses.
- En 2010-2011, 48 % de la population de 15 ans ou plus déclarait au moins un problème de santé chronique. Ces problèmes de santé tendaient à être plus fréquents avec l'âge : ils touchaient 40 % des 15-64 ans, contre 84 % des 65 ans ou plus. On observait également le cumul de deux maladies chroniques ou plus chez 24 % des personnes de 15 ans ou plus. En 2012-2013, les prévalences du diabète et des cardiopathies ischémiques chez les personnes de 20 ans ou plus étaient estimées toutes deux à 9 %, et à 24 % pour l'hypertension. Chez les personnes de 35 ans ou plus, la prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques se situait à 10 %.
- Le cancer constitue, depuis 2000, la première cause de mortalité, malgré une amélioration du taux de survie cinq ans après le diagnostic : le cancer est responsable du tiers des décès.
- Au Québec, en 2011-2012, 12 % de la population était atteinte de troubles mentaux diagnostiqués. Parmi ceux-ci, les troubles anxio-dépressifs et les troubles schizophréniques touchaient respectivement 7,4 % et 0,4 % de la population.
- En 2010-2011, 11 % de la population québécoise éprouvait des difficultés modérées ou importantes à réaliser certaines ou de nombreuses activités (incapacité modérée ou grave). Cette prévalence s'accroissait toutefois avec l'âge, affectant 59 % des personnes de 85 ans ou plus.
- En 2010-2011, la prévalence de la déficience intellectuelle ou des troubles envahissants du développement (TED)³ était estimée à 1,0 % chez les 15 ans ou plus. En 2012-2013, on dénombrait 13 425 enfants de 1 à 17 ans avec un diagnostic de TED, soit une prévalence de 0,9 %.
- Environ 8 000 enfants sont pris en charge chaque année dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (RLRQ, chapitre P-34.1). Les problématiques liées à la négligence et à un risque sérieux de négligence demeurent les premiers motifs de prise en charge.
- L'ampleur du phénomène de l'itinérance au Québec est difficile à chiffrer. En 1996-1997, une enquête rapportait que 28 214 personnes différentes à Montréal et 11 295 à Québec avaient fréquenté une ressource pour personnes en situation d'itinérance (centres d'hébergement, soupes populaires et centres de jour). De ces personnes, 12 666 à Montréal et 3 589 à Québec avaient été sans domicile fixe au cours des 12 mois précédents. Plus récemment, un premier portrait national de l'itinérance a permis de révéler qu'en 2013-2014, sur une base mensuelle, 2 469 personnes différentes ont été admises en moyenne dans les 41 ressources d'hébergement d'urgence du Québec ayant participé à l'exercice.
- Certains comportements et problèmes sociaux demeurent préoccupants dans la population québécoise, tels que les problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard et d'argent.

2. La santé est ici considérée de manière globale. Elle renvoie non seulement à l'absence de maladies ou de blessures, mais aussi au bien-être physique, mental et social.

3. Avec l'adoption du DMS-5, l'expression « trouble du spectre de l'autisme » (TSA) est dorénavant utilisée.

Des principes sur lesquels s'appuie le Ministère

Le présent plan stratégique s'appuie sur certains principes structurants dont le Ministère doit tenir compte dans ses choix et ses actions stratégiques. De plus, ce plan s'articule avec des chantiers interministériels, intersectoriels ou gouvernementaux qui peuvent contribuer à maintenir, à améliorer et à restaurer, le cas échéant, la santé et le bien-être des Québécois.

Actions intersectorielles en faveur d'environnements favorables à la santé et responsabilité populationnelle – Le Ministère et son réseau visent une amélioration des déterminants de la santé et du bien-être des Québécois, par la création d'environnements favorables à la santé, ainsi que par des actions qui demandent la participation d'acteurs d'autres secteurs d'activité : municipalités, éducation, transports, etc.

Pour les centres intégrés – ainsi que leurs partenaires – qui offrent un ensemble de services à la population d'un territoire, cet objectif prend appui sur la responsabilité populationnelle. Le partage de cette responsabilité demande en effet que les établissements et leurs partenaires fassent converger leurs efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. Cela implique aussi qu'ils donnent accès à leurs usagers à un ensemble de services le plus complet possible et qu'ils assurent la prise en charge et l'accompagnement de ceux-ci dans le système de santé et de services sociaux.

Lutte contre les inégalités sociales – Malgré des gains réalisés au cours des dernières années, les inégalités sociales et en matière de santé persistent. Réduire ces inégalités demande au Ministère et à son réseau d'agir en collaboration avec des organismes publics et privés d'autres secteurs, afin de lutter contre la pauvreté et d'agir sur les conditions de vie qui sont des déterminants de la santé : le revenu, la scolarité, le logement, la sécurité alimentaire, le transport, l'appartenance communautaire, la participation sociale, etc.

Développement durable – Le Ministère soutient également la création de milieux de vie favorables à la santé en s'inscrivant dans une démarche de développement durable : cette démarche implique la réconciliation du développement économique, de la préservation de l'environnement et de l'équité sociale, de façon à répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs.

Plusieurs des principes du développement durable, tels que définis par la *Loi sur le développement durable* (RLRQ, chapitre D-8.1.1), sont pris en compte dans le cadre du présent plan stratégique : les principes de santé et de qualité de vie ; le principe de prévention ; les principes d'équité et de solidarité sociale, qui peuvent se traduire notamment par l'attention particulière portée à certains groupes vulnérables (personnes âgées, personnes en fin de vie, etc.) ; les principes d'efficacité économique et d'accès au savoir, dont le respect passe par des actions visant à implanter une culture organisationnelle innovante et génératrice d'efficience, ainsi qu'à favoriser le partage de l'information clinique.

Égalité des hommes et des femmes – Le Ministère reconnaît que les réalités physiologiques, socioéconomiques et politiques qui sont propres aux femmes et aux hommes marquent leur santé et leur bien-être. Afin de mieux connaître ces réalités et surtout de mieux y répondre, le Ministère s’est, entre autres, donné pour objectif d’intégrer progressivement l’analyse différenciée selon les sexes (ADS) à ses pratiques ainsi qu’à celles du réseau. Il poursuit également des actions qui découlent de la mise en œuvre de la politique gouvernementale pour l’égalité entre les sexes : *Pour que l’égalité de droit devienne une réalité de fait.*

Partenariat avec les usagers – Les usagers veulent préserver leur autonomie, être engagés dans leur démarche de soins et de services, et être parties prenantes du système de santé et de services sociaux. Selon le Ministère, l’établissement d’un véritable partenariat entre les usagers et les différents acteurs du système peut conduire à de meilleurs résultats sur le plan de la santé, en plus de contribuer à l’amélioration de la qualité des soins et des services, à la sécurité des usagers et au contrôle des coûts liés aux soins de santé.

Innovation et recherche – La recherche, l’innovation et le transfert des connaissances ont un rôle central à jouer dans l’amélioration du système de santé et de services sociaux du Québec. En effet, le développement de meilleures façons de faire permet de bonifier tant la qualité que l’efficacité des soins et des services. Pour ce faire, le Ministère oriente les activités de recherche et favorise la mise sur pied d’infrastructures de recherche, en collaboration avec d’autres organismes gouvernementaux et les établissements universitaires. Par ailleurs, le réseau compte des centres hospitaliers universitaires et des instituts de recherche à vocation universitaire dont la mission laisse une place importante à la recherche et l’enseignement, ce qui couvre la formation continue, le transfert de connaissances et l’évaluation des technologies.

Par ailleurs, au cours de la mise en œuvre du *Plan stratégique 2015-2020*, le Ministère entreprendra des travaux administratifs, juridiques et financiers d’envergure dans les champs d’activité touchés par 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). De plus, le caractère transitoire de cette loi nécessite une révision en profondeur de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). Par la suite, d’autres lois et règlements affectés par la réorganisation du réseau pourraient être révisés.

Le plan stratégique du Ministère tient compte des enjeux majeurs auxquels le gouvernement du Québec fait face, en particulier la situation des finances publiques. Le Ministère et son réseau feront des efforts importants pour contribuer au redressement des finances publiques du Québec, tout en s’assurant d’offrir des services de qualité à la population.

Le Ministère s’engage également dans un exercice de révision permanente des programmes, afin d’examiner leur pertinence et la façon dont ils sont appliqués, dans le but non seulement de faire des gains de productivité, mais aussi d’accroître l’efficacité clinique et administrative.

LA VISION

Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins des Québécois

- L'**accessibilité** des soins de santé et des services sociaux demeure un défi. À ce propos, 34 % des Québécois ne sont pas inscrits formellement auprès d'un médecin de famille⁴. Pour d'autres soins et services, on constate par ailleurs des délais d'attente importants : consultation d'un médecin spécialiste, traitements spécialisés, consultation d'un médecin aux urgences, services sociaux, etc.
- Offrir les soins et les services de manière **efficace** prend une importance particulière quand on considère que, de 2003-2004 à 2013-2014, les dépenses publiques annuelles en santé ont crû de 5,6 % en moyenne, pour atteindre près de 49 % des dépenses de programmes de l'État en 2014-2015, en excluant le service de la dette. De surcroît, on anticipe un écart significatif entre la croissance des revenus de l'État et celle des coûts de santé. Il importe donc de tendre vers un usage optimal des ressources humaines, financières et technologiques disponibles.
- Enfin, la prestation des soins et des services doit **s'adapter aux besoins** des Québécois, et ce, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population. Effectivement, la population de 65 ans ou plus pourrait presque doubler entre 2011 et 2031, représentant ainsi une personne sur quatre, et tripler dans certaines régions : ce taux d'augmentation touche toutes les sous-catégories d'âge, notamment les personnes de 85 ans ou plus. Parallèlement à ce vieillissement, la société québécoise est confrontée à un accroissement de la prévalence des maladies chroniques, incluant la prévalence de la multimorbidité (plusieurs maladies simultanées) : cette prévalence s'est accrue de 16 % depuis 2005. Ces réalités ont un impact sur la présence d'incapacités significatives et persistantes dans la population.

Cette vision recoupe les objectifs de performance que tout système public de santé et de services sociaux doit atteindre afin de réaliser sa mission et, dans le cas du système québécois, afin de répondre aux exigences inscrites dans sa loi constitutive (LSSSS). Le Ministère a intégré ces objectifs dans le *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Ainsi qu'on le mentionne dans ce document, le système de santé et de services sociaux doit veiller à :

- l'accessibilité de ses soins et services, ce qui suppose de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportun, mais également d'assurer un accès équitable à ceux-ci, en fonction des seuls besoins des personnes, sans égard à des caractéristiques personnelles comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc. ;
- la qualité des soins et des services offerts, ce qui implique que ceux-ci soient efficaces (c'est-à-dire de nature à améliorer la santé et le bien-être) et sécuritaires. On doit aussi pouvoir les adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers (réactivité) et les fournir de manière coordonnée et intégrée (continuité) ;
- l'optimisation des ressources, ce qui demande de savoir utiliser les ressources disponibles de façon efficace, mais aussi d'une manière à en assurer la pérennité (viabilité).

4. Donnée au 31 mars 2015.

LES GRANDS ENJEUX ET LES CHOIX STRATÉGIQUES

Le Ministère et son réseau seront confrontés à trois grands enjeux dans la réponse qu'ils apporteront aux besoins de la population québécoise au cours de la période 2015-2020. Ces enjeux correspondent par ailleurs à des gains dont pourraient bénéficier tant la population que le système de santé et de services sociaux.

- PREMIER ENJEU** **De nouveaux gains en matière de santé de la population**
- DEUXIÈME ENJEU** **Un système centré sur les usagers et adapté à leurs besoins**
- TROISIÈME ENJEU** **Des ressources mobilisées vers l'atteinte de résultats optimaux**

PREMIER ENJEU

DE NOUVEAUX GAINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DE LA POPULATION

ORIENTATION

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

Au cours des quinze dernières années, l'état de santé de la population du Québec s'est amélioré, notamment si l'on considère l'espérance de vie moyenne. De plus, la population se dit généralement en bonne santé, tant physique que mentale. Un nombre important de ces gains ont pu être réalisés au moyen de campagnes de prévention et de promotion de la santé, et à l'aide d'interventions cliniques en santé publique. De nouveaux gains pourront toutefois être accomplis au cours des années à venir, que ce soit en matière de promotion de saines habitudes de vie ou de prévention des infections. Ces gains permettront, au final, de réduire les pressions auxquelles le système de santé et de services sociaux du Québec sera confronté dans les prochaines décennies.

Axe – Habitudes de vie

Les habitudes de vie se sont améliorées au cours des dernières années. Pourtant, en 2013, plus de la moitié des Québécois consommaient moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes. En 2011-2012, 22 % des adultes avaient un mode de vie sédentaire; en 2011-2012, 44 % des adolescents étaient actifs durant les loisirs et les transports. La proportion d'adultes obèses est par ailleurs passée de 11 % à 18 % de 1994 à 2013.

De même, malgré les progrès des dernières années, le Québec est l'une des provinces où la proportion de fumeurs est la plus élevée au Canada. Les données les plus récentes indiquent que la proportion de fumeurs québécois de 12 ans ou plus était de 21,4 % en 2013 (contre une moyenne canadienne de 19,3 %): cette proportion s'élève à 29 % chez les Québécois de 20 à 24 ans.

Ces facteurs de risque contribuent à diverses maladies chroniques dont le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies du foie et certains cancers. Ces maladies sont souvent évitables si on élimine ou modifie certains facteurs de risque. Signalons que des gains ont été obtenus au Québec grâce à des campagnes de prévention et à des changements législatifs, notamment dans le cadre de la lutte contre le tabagisme. Cependant, les efforts devront être maintenus au cours des prochaines années pour prévenir certaines maladies chroniques. Pour ce faire, il faudra agir sur les principaux déterminants de la santé, soit : le non-tabagisme, la saine alimentation et la pratique d'activités physiques.

Objectif	Indicateurs	Cibles d'ici 2020
1. Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie afin d'éviter les maladies chroniques et les cancers	• Proportion de fumeurs actuels de 12 ans ou plus	16 %
	• Proportion de la population de 12 ans ou plus consommant 5 fois ou plus de fruits et légumes par jour	50 %
	• Proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports	51 %

Axe – Prévention des infections

Les maladies infectieuses ont reculé de façon marquée au cours du dernier siècle, mais la vigilance reste de mise : les souches d'influenza A (H1N1 et H3N2) et d'influenza B causent chaque année des milliers d'hospitalisations et des centaines de décès au Québec. Le taux d'hospitalisation pour l'influenza pourrait être réduit si l'on immunise davantage de personnes vulnérables, notamment les personnes de 18 à 59 ans atteintes de maladies chroniques, auprès desquelles des efforts particuliers seront déployés.

Avec plus de 29 000 cas déclarés en 2014, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent pour leur part 75 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire. Ces infections sont en nette progression, alors qu'elles peuvent entraîner de lourdes conséquences, tant sur le plan de la santé individuelle que sur le plan socioéconomique. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique, qui appelle à renforcer le dépistage de ces infections, particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans. En effet, on observe dans cette population une hausse constante de l'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* et d'infection gonococcique, augmentation plus prononcée chez les jeunes hommes.

Objectifs	Indicateurs	Cibles d'ici 2020
2. Accroître la vaccination grippale chez les malades chroniques	• Taux de vaccination chez les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé	80 %
3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	• Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	Augmentation de 15 %

UN SYSTÈME CENTRÉ SUR LES USAGERS ET ADAPTÉ À LEURS BESOINS

ORIENTATION

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

Axe – Première ligne et urgence

La première ligne de soins et de services constitue la porte d'entrée du réseau et son fonctionnement influence grandement la performance globale du système de santé et des services sociaux. Pourtant, l'accès aux soins et aux services sociaux de première ligne demeure problématique au Québec, notamment en ce qui a trait à l'accès à un médecin de famille et aux autres professionnels. En particulier,

- 34 % des Québécois ne sont pas inscrits formellement auprès d'un médecin de famille ;
- la durée moyenne de séjour dans plusieurs urgences pose toujours problème : à titre illustratif, la durée moyenne des séjours sur civière à l'urgence est de pratiquement dix-sept heures ;
- on relève des délais d'attente importants pour l'accès aux services sociaux de première ligne, notamment ceux destinés aux clientèles vulnérables (ex. : jeunes en difficulté ou personnes ayant une déficience).

Ces problèmes d'accès entraînent une utilisation excessive des services d'urgence et, de surcroît, des hospitalisations évitables. L'entente conclue en 2015 entre le gouvernement du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) contribuera à améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne. Il en est de même avec l'implantation de nouveaux groupes de médecine familiale (GMF), ainsi qu'avec la création de « super-cliniques » (GMF-R), qui donneront accès à des services médicaux généraux, ainsi qu'à des services de prélèvements, d'imagerie médicale et de consultations spécialisées à l'ensemble de la population.

Objectifs	Indicateurs	Cibles d'ici 2020
4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne	• Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	85 %
	• Nombre total de GMF	300
	• Nombre total de GMF-R (super-cliniques)	50
	• Pourcentage des premiers services sociaux qui sont dispensés dans les délais prescrits (mission CLSC)	75 %
5. Réduire le temps d'attente à l'urgence	• Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	85 %
	• Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	85 %
	• Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12 heures

Axe – Services spécialisés

Les soins spécialisés et les services diagnostics présentent également des problèmes d'accessibilité. Selon les enquêtes menées en 2009 et en 2012 par le *Commonwealth Fund*, le Québec accuse un retard parmi les provinces canadiennes et les pays comparés dans le cadre de ces enquêtes quant au temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste et pour avoir accès à des examens diagnostiques spécialisés (imagerie médicale, par exemple). Des gains seront faits d'ici 2020 en matière d'accès aux services d'imagerie médicale (délai de moins de trois mois) et aux chirurgies (à l'intérieur d'une année).

Au Canada, le nombre de nouveaux cas de cancer a doublé depuis 1983, du fait à la fois de la croissance et du vieillissement de la population, et ce nombre devrait continuer de progresser jusqu'en 2030. Malgré l'amélioration du taux de survie pour tous les cancers⁵, cette maladie constitue, depuis 2000, la première cause de mortalité au pays : le cancer est responsable du tiers des décès, alors que les maladies cardiovasculaires sont responsables du quart. Miser sur la prévention, les bonnes habitudes de vie, le diagnostic précoce et l'accès aux services – incluant la chirurgie et la radio-oncologie – dans de courts délais contribuera à une diminution de la prévalence du cancer et à une meilleure survie des personnes atteintes. À cet égard, des efforts supplémentaires devront être consentis. En effet, présentement, seulement 60 % des personnes atteintes d'un cancer qui sont opérées le sont à l'intérieur d'un délai de 28 jours : cette proportion montera à 90 % d'ici 2020.

Le cancer colorectal représente la deuxième cause de mortalité par cancer au Québec, alors qu'un programme populationnel de dépistage pourrait réduire de 20 % la mortalité due à ce cancer. Pour cette raison, l'offre d'un test à domicile permettant de détecter la présence de sang occulte dans les selles chez les personnes de 50 à 74 ans constitue une priorité pour le Ministère. De plus, ce dernier poursuit l'implantation progressive du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR).

Objectifs	Indicateurs	Cibles d'ici 2020
6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables	• Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	100 %
	• Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an	0
7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer	• Pourcentage des personnes de 50 à 74 ans ayant été dépistées pour le cancer colorectal au cours des deux dernières années	40 %
	• Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	90 %
	• Taux de mortalité due au cancer colorectal	Diminution de 3,5 décès par 100 000 habitants

5. Une progression de 56 % à 63 % a été observée pour tous les cancers combinés de 1992-1994 à 2006-2008.

Axe – Sécurité et pertinence

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, il est essentiel que les soins et les services offerts s'appuient sur les connaissances scientifiques les plus à jour et sur les bonnes pratiques professionnelles. La qualité des soins et des services, qui inclut leur sécurité et leur pertinence, peut être accrue par diverses actions. Celles-ci permettent d'éviter que les usagers subissent les effets négatifs que peuvent engendrer des soins et des services de qualité moindre. Elles permettent aussi aux systèmes de santé d'éviter certaines dépenses inutiles ou injustifiées.

Les infections nosocomiales constituent toujours un risque préoccupant pour les personnes malades et leurs familles, ainsi que pour les établissements de santé et la société. Selon des projections réalisées en 2004, les hospitalisations prolongées et les soins additionnels dus aux infections nosocomiales coûtaient environ 180 millions de dollars par année au système de santé et de services sociaux du Québec. Il importe donc de renforcer les efforts déployés au cours des dernières années, qui ont certes permis de faire des gains, en particulier pour les infections à SARM et à *C. difficile*, sans qu'il s'agisse d'acquis: en effet, les taux d'infections nosocomiales peuvent connaître des variations dans le temps et en fonction de multiples facteurs.

L'hygiène des mains est la mesure la plus efficace pour interrompre la propagation de ces infections en milieu hospitalier. Ainsi, selon les données issues de recherches internationales appuyées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les améliorations apportées à l'hygiène des mains pourraient réduire de 50 % les infections associées aux soins de santé. Pourtant, le coût total de la promotion de l'hygiène des mains correspond à moins de 1 % des coûts liés aux infections contractées à l'hôpital.

À l'échelle internationale, on observe une préoccupation croissante par rapport au nombre de personnes diagnostiquées, traitées ou médicamentées plus que nécessaire. Cette préoccupation a d'ores et déjà amené certains systèmes de santé à mettre sur pied des actions concertées sur le thème de la pertinence des soins, de manière à accroître la qualité des soins donnés à leur population et à assurer une utilisation plus efficace des ressources. Le Ministère s'inspirera de ces actions, ainsi que des recherches scientifiques à ce sujet, dans le cadre d'un grand chantier de travail sur la pertinence des soins et des services qui comprendra une série d'actions menées en collaboration avec l'INESSS. Ces actions incluront la production et la diffusion de guides faisant état des bonnes pratiques, ou encore la réalisation de campagnes d'information en partenariat avec d'autres acteurs, dont des experts cliniques, de façon à améliorer la qualité des pratiques professionnelles en cause.

Objectifs	Indicateurs	Cibles d'ici 2020
8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier	• Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant un taux d'infections nosocomiales conforme aux taux établis	95 %
	• Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	80 %
9. Favoriser les examens et les traitements les plus appropriés afin d'assurer la qualité des soins et d'éviter des interventions inutiles	• Nombre de domaines d'examens ou traitements ayant fait l'objet d'une évaluation de pertinence et pour lesquels un plan d'action a été produit	Cible: 12 en 2017 (cible en 2020 à déterminer)

Axe – Personnes âgées

Le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des incapacités et l'anticipation de besoins plus grands en matière de soins de longue durée marquent fortement le contexte dans lequel s'inscrit le présent plan stratégique.

Selon les projections démographiques, entre 2011-2021, le nombre de Québécois de 75 ans ou plus devrait avoir augmenté de plus du tiers, et cet accroissement sera davantage important pour les 85 ans ou plus. Par ailleurs, en 2010-2011, 10,7 % des Québécois de 15 ans ou plus habitant à domicile vivaient avec une incapacité modérée ou grave. Ces personnes présentent un niveau fonctionnel restreint qui limite ou empêche l'accomplissement de certaines ou de nombreuses activités, ce qui se traduit par des besoins plus importants d'aide pour les activités de la vie quotidienne et domestique. Or, le taux d'incapacité modérée ou grave s'accroît avec l'âge : en 2010-2011, il s'élevait à 30,6 % chez les personnes de 75 ans ou plus, et à 59,1 % chez celles de 85 ans ou plus.

La prestation de soins et de services destinés aux personnes âgées pose des défis sur les plans de l'intégration, de la continuité et de la coordination des soins et des services, notamment en raison des interactions possibles entre les pathologies, les traitements et les interventions. À cet égard, le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires ont beaucoup progressé ces dernières années dans l'implantation de réseaux de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA), une approche d'intégration des soins et des services reposant sur les travaux d'un vaste programme de recherche⁶. Il importe maintenant d'achever l'implantation systématique de cette approche dans l'ensemble des régions du Québec.

Au cours des dernières années, des efforts additionnels ont été consentis en matière de soutien à domicile. Toutefois, des actions doivent se poursuivre, notamment en augmentant le nombre de personnes desservies. Cela permettra aux personnes qui le désirent de demeurer à domicile ; en contrepartie, on pourra réserver les ressources d'hébergement à la clientèle présentant un profil de besoins plus lourd.

En outre, les personnes visées souhaitent être parties prenantes au regard des décisions et des interventions les concernant en matière de prestation de soins de santé et de services sociaux. C'est pourquoi l'évaluation des besoins, à partir d'un outil standardisé, ainsi que l'élaboration avec l'utilisateur et son proche d'un plan d'intervention, incluant les services planifiés et les objectifs visés, sont des actions essentielles à la qualité des services offerts (incluant leur pertinence).

Pour contribuer à adapter le réseau de la santé et des services sociaux à une population vieillissante, il importe de modifier la manière dont les soins sont offerts dans les centres hospitaliers du Québec. En effet, la littérature scientifique nous démontre que l'hospitalisation est un facteur augmentant le risque de déclin des capacités fonctionnelles chez les personnes âgées. Les milieux hospitaliers doivent donc consolider l'implantation d'une approche adaptée à la personne âgée, en contexte de soins de courte durée, de façon à prévenir ce phénomène.

Objectifs	Indicateurs	Cibles d'ici 2020
10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée• Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée, ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention	Augmentation de 15 % 90 %
11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none">• Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale• Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	80 % 70 %

6. Le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA).

Axe – Personnes vulnérables

En plus des personnes vivant avec une ou des incapacités consécutives au vieillissement ou à d'autres causes, d'autres clientèles des soins de santé et des services sociaux devront être au cœur des efforts stratégiques que fournira le réseau dans les années à venir. Des actions structurantes seront entreprises, particulièrement pour les clientèles suivantes : les personnes en soins palliatifs et de fin de vie, les jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA), les personnes souffrant d'un trouble mental grave dont la condition est fragile et instable, les personnes présentant des problèmes de dépendance ou d'itinérance (ou risquant d'être affectées par de tels problèmes), ainsi que les jeunes en situation de négligence et leur famille.

En mai 2014, l'Assemblée nationale du Québec a adopté la *Loi concernant les soins de fin de vie* (2014, chapitre 2), laquelle encadre et inscrit dans une vision globale et intégrée les soins de fin de vie, c'est-à-dire tant les soins palliatifs, incluant la sédation palliative continue, que l'aide médicale à mourir. L'intention derrière cette loi est de créer un réel continuum de soins répondant aux besoins de chaque personne en fin de vie. L'offre actuelle de soins palliatifs au Québec présente des problèmes d'accessibilité et d'équité, et ce, alors que les besoins relativement à ces soins deviennent plus importants avec les avancées médicales et technologiques, l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation prévue des décès. Avec son plan de développement 2015-2020 sur les soins palliatifs et de fin de vie, le Québec compte permettre à chaque personne dont l'état le requiert d'obtenir des soins adaptés à ses besoins, cela dans le respect de ses choix et de ses décisions, quels que soient son âge et sa pathologie.

Les mesures auxquelles on accordera la priorité faciliteront le maintien dans leur milieu de vie des personnes en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV), et ce jusqu'à leur décès si tel est leur souhait. Pour ce faire, l'offre de SPFV à domicile sera rehaussée, de sorte que le nombre d'usagers recevant ces services à domicile augmentera. Par ailleurs, il importe que les personnes qui ne souhaitent pas vivre leurs derniers instants de vie à domicile, ou qui ne le peuvent pas en raison de leur condition, aient accès, au moment opportun, à un endroit pour les accueillir. De manière à assurer ce service en accord avec la croissance démographique, le Québec s'est donné comme objectif un ratio de 1 lit réservé aux SPFV par 10 000 de population en 2020.

Les enfants et les jeunes adultes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un TSA ont la capacité de développer leur potentiel d'autonomie et de participation sociale, pour ensuite maintenir ces acquis, s'ils ont accès en temps opportun à des services appropriés, en particulier à des services de réadaptation. Néanmoins, le développement de l'autonomie de ces personnes est parfois compromis par des difficultés d'accès aux services dont elles auraient besoin, tout spécialement pendant deux périodes du parcours de vie et de services. D'abord, lorsqu'on constate un retard significatif dans le développement d'un enfant de moins de 5 ans et qu'un diagnostic de TSA est suspecté, il importe que l'enfant puisse accéder rapidement à des services spécialisés de réadaptation, et ce, avant même la confirmation du diagnostic. Ensuite, pour toute personne ayant une déficience ou un TSA, la fin de la période de scolarisation peut mettre en péril les acquis en matière d'autonomie si des services continus ne leur sont pas offerts durant cette période critique de transition. L'offre de programmes de soutien à l'intégration au travail ou d'activités de jour dans la communauté vient pallier cette situation : ces activités, organisées par des établissements du réseau ou des organismes communautaires, visent le maintien ou le développement de l'autonomie fonctionnelle, sociale et professionnelle de ces jeunes adultes, de sorte qu'ils puissent réaliser leur projet de vie. La proportion des jeunes adultes ayant une déficience ou un TSA qui bénéficient de ces services s'accroîtra d'ici 2020.

Parmi les sept principaux problèmes de santé répertoriés au Canada, les troubles mentaux sont ceux qui requièrent le plus de services directs. Ces services sont d'autant plus importants pour les personnes souffrant d'un trouble mental grave et dont la condition est fragile et instable. Destinés à ces dernières, le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le soutien d'intensité variable (SIV) sont des formes d'organisation des services de soutien dans la communauté dont l'efficacité a été démontrée. Elles ont d'ailleurs été modélisées par le Ministère dans les *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale* (2002). Variant en intensité et en durée selon les besoins et la situation des personnes, le SIV et le SIM jouent un rôle déterminant dans le rétablissement et l'intégration sociale. Ce faisant, ces approches contribuent à réduire le nombre et la durée des hospitalisations, ainsi que le recours aux services d'urgence. Le nombre de places disponibles pour ces suivis s'accroîtra, et un processus de reconnaissance garantira la conformité des services aux standards cliniques et organisationnels reconnus.

L'intervention auprès des personnes présentant des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue, ou encore des problèmes liés à la pratique de jeux de hasard et d'argent⁷, comporte des défis particuliers. En effet, ces personnes sont peu portées à parler de leurs problèmes de dépendance, et sont également ambivalentes quant aux changements à apporter à leurs habitudes de consommation. L'action en amont, visant à rejoindre ces personnes dans leurs milieux, de même que l'intervention précoce, ont démontré leur efficacité en matière de prévention et de réduction des conséquences négatives associées aux problèmes de dépendance. Bien que des avancées importantes aient été réalisées avec la mise en place de l'*Offre de service en dépendances 2007-2012* (reconduite jusqu'en 2015), il importe d'accroître l'offre de service en matière de détection et d'intervention précoce au Québec.

Des obstacles majeurs font en sorte qu'il est difficile pour les services sociaux et les services de santé de rejoindre les personnes en situation d'itinérance ou risquant de s'y retrouver. Afin de mieux répondre aux besoins de ces personnes, il est indispensable d'adapter les services à leur réalité. Le *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance* prévoit un virage important à cet effet, par l'élaboration et l'implantation d'un protocole d'intervention en matière d'itinérance dans les établissements et les organismes ciblés. Ce protocole vise à outiller les intervenants afin qu'ils repèrent les personnes en situation d'itinérance – ou risquant de le devenir – et qu'ils les accompagnent adéquatement, au moyen d'un continuum de services adaptés à leur réalité.

La négligence est la principale cause de signalements retenus par les services de protection de la jeunesse (35,8 % des signalements retenus en 2013-2014). Il est essentiel de joindre cette clientèle particulièrement vulnérable par l'entremise de programmes destinés tant aux parents qu'aux enfants, qui visent le maintien ou la réintégration de ces derniers dans leur milieu familial, ainsi que la réduction du recours aux services de protection de la jeunesse. Au cours des dernières années, des efforts ont été déployés afin d'implanter, dans les différentes régions du Québec, des programmes d'intervention en matière de négligence. Cette approche interdisciplinaire et intersectorielle suppose des interventions constantes et structurées. De plus, elle tient compte de l'ensemble des besoins matériels, affectifs et sociaux des familles.

7. Ou présentant des comportements à risque.

Objectifs	Indicateurs	Cibles d'ici 2020
<p>12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile • Pourcentage de décès à domicile chez les personnes suivies par une équipe en soins palliatifs et en soins de fin de vie • Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie 	<p>Augmentation de 15 %</p> <p>À déterminer en 2017</p> <p>1 par 10 000 de population</p>
<p>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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • 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 	<p>À déterminer</p> <p>À déterminer en 2016</p>
<p>14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère • Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère 	<p>4 600</p> <p>12 000</p>
<p>15. Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance • Pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance 	<p>90 %</p> <p>À déterminer en 2016</p>
<p>16. Améliorer le soutien aux familles en situation de négligence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence 	<p>Réduction à 10 jeunes sur 1 000</p>

DES RESSOURCES MOBILISÉES VERS L'ATTEINTE DE RÉSULTATS OPTIMAUX

ORIENTATION

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

De 2003-2004 à 2013-2014, les dépenses annuelles en santé ont crû de 5,6 % en moyenne, pour atteindre 49 % des dépenses de programmes de l'État en 2014-2015, en excluant le service de la dette. De plus, on anticipe un écart significatif entre la croissance des revenus de l'État et celle des coûts de santé. De manière à répondre aux défis que doivent relever les finances publiques, mais aussi pour accroître l'accessibilité et l'intégration des soins et des services, des transformations d'importance seront réalisées d'ici 2020, avec notamment l'application 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). Les défis et les changements auxquels le Ministère et son réseau devront faire face d'ici 2020 requièrent l'implantation de cultures organisationnelles axées sur l'innovation et la recherche d'efficience.

Axe – Mobilisation du personnel

La capacité du système de santé et de services sociaux à réaliser sa mission avec efficacité et efficience, et à effectuer les transformations nécessaires pour y parvenir repose en définitive sur la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée et mobilisée. De manière à maintenir en poste les ressources humaines actuelles et à recruter de nouvelles ressources qualifiées, il importe d'offrir des conditions de pratique attrayantes et valorisantes.

Le Ministère lui-même doit pouvoir compter sur du personnel mobilisé pour relever les défis actuels et futurs dans un contexte marqué par la transformation. Pour atteindre cet objectif, le Ministère poursuivra ses efforts d'amélioration continue des pratiques de gestion et de l'environnement de travail. Cela aura des effets sur l'adaptation et la rétention du personnel, donc sur le taux de mutation des employés du Ministère vers d'autres organisations.

Afin de favoriser la disponibilité et la mobilisation de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux, le Ministère entamera des démarches pour améliorer la qualité de vie au travail des employés. Dans cette optique, une réduction des heures supplémentaires travaillées, du recours à de la main-d'œuvre indépendante et du ratio d'heures en assurance salaire est souhaitée.

Objectifs	Indicateurs	Cibles d'ici 2020
17. Maintenir la mobilisation du personnel du Ministère en accroissant sa capacité à s'adapter à un contexte ministériel en évolution	• Taux de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail	80 %
	• Taux de mutation	6 %
	• Certification Entreprise en santé Élite maintenue	Annuellement
18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau ⁸	• Taux d'heures supplémentaires	3,00 (diminution de 4,8 %)
	• Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	2,25 (diminution de 5,1 %)
	• Ratio d'heures en assurance-salaire	5,90 (diminution de 0,5 %)

8. Les pourcentages de réduction sont calculés par rapport aux résultats de la période 10 de 2014-2015. Ces pourcentages pourront être réévalués sur la base des résultats officiels de l'année 2014-2015.

Axe – Organisation efficiente

La transformation de la structure de gouvernance du réseau doit permettre d'accroître l'efficacité des processus administratifs, objectif que le Ministère compte atteindre en réduisant notamment le nombre de ses cadres au cours des trois prochaines années.

Au cours des dernières années, des actions significatives ont été menées afin d'insuffler une culture de la performance dans le système de santé et de services sociaux, par la mise en œuvre, entre autres, de nombreux projets (organisation du travail, chantiers d'optimisation, Lean santé, etc.). Or, il a été démontré que le choix des projets (notamment leur degré d'alignement stratégique) et le nombre de projets en cours (des projets moins nombreux, mais mieux planifiés) influent sur leur réussite, donc éventuellement sur l'amélioration de la performance des services pour l'utilisateur.

Dans le but d'améliorer divers aspects de la performance des systèmes de santé, plusieurs gouvernements expérimentent de nouveaux modes d'allocation des ressources aux établissements : financement selon les activités, financement en fonction des meilleures pratiques, financement selon la performance. Ces modes d'allocation, appelés « financement axé sur les patients », ont le potentiel d'améliorer l'accessibilité, l'efficacité et la qualité de certains soins de santé, entre autres, en obligeant les acteurs du système à mieux connaître la valeur et le coût des services produits. À l'hiver 2014, le Groupe d'experts sur le financement axé sur les patients (GEFAP) a recommandé l'élargissement du financement selon le volume et la qualité à toutes les chirurgies, ainsi que l'implantation d'un financement selon les meilleures pratiques dans certains domaines. D'ici 2020, la majorité des interventions chirurgicales et des actes d'imagerie médicale seront financés selon de telles méthodes.

Pour améliorer significativement la qualité des soins et la performance du système de santé et de services sociaux, le Québec doit parvenir à informatiser adéquatement le réseau de la santé et des services sociaux. L'enjeu est important pour l'ensemble des usagers, mais plus particulièrement pour ceux atteints de multiples maladies chroniques, dont l'état nécessite un suivi continu auprès de plusieurs intervenants et spécialistes. Des efforts ont déjà été consacrés par les instances concernées afin de pallier la situation, notamment avec le déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ). Le DSQ est un outil mis à la disposition des médecins et des autres professionnels de la santé du Québec, qui permet le partage efficace et sécurisé de certains renseignements relatifs à la santé de l'utilisateur, dont les médicaments prescrits, les résultats de tests en laboratoire et les résultats d'imagerie, et ce, peu importe le lieu où ils ont été produits. En 2016, les renseignements qui y sont versés seront disponibles dans toutes les installations des établissements publics du Québec. D'autres domaines seront accessibles subséquemment, soit : sommaire d'hospitalisation, immunisation, allergie et intolérance.

Également, sera poursuivi le Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME) qui vise à inciter les cliniciens de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux à adopter et à utiliser des dossiers médicaux électroniques (DME), et à les interconnecter avec le DSQ. Ces DME regroupent tous les renseignements consignés par le médecin au sujet du suivi de ses patients. Ces renseignements ne sont toutefois accessibles qu'à l'équipe soignante du bureau ou du cabinet.

Objectifs	Indicateurs	Cibles d'ici 2020
<p>19. Améliorer la gouvernance et réduire la structure d'encadrement du réseau</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre de la réforme sur l'organisation et la gouvernance Nombre de cadres en équivalent temps complet 	<p>2016</p> <p>Réduction de 1 300 d'ici 2017-2018</p>
<p>20. Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des établissements ayant mis en place annuellement au moins 10 projets de services cliniques et au moins 5 projets administratifs Pourcentage des projets réussis 	<p>100 %</p> <p>70 %</p>
<p>21. Implanter les meilleures pratiques selon le financement axé sur le patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvert par le financement axé sur le patient 	<p>80 %</p>
<p>22. Favoriser le partage de l'information concernant les usagers entre les professionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cliniciens en première ligne ayant adhéré au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques 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 	<p>5 200 médecins et 1 000 infirmières d'ici 2016-2017</p> <p>100 %</p>

RÉFÉRENCES

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSES DU QUÉBEC. *Avec l'énergie du premier jour. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux 2014*, Québec, Association des centres jeunesse du Québec, 2014, 44 p.

BOUNAJM, F., T. DINH et L. THERIAULT. *Améliorer les habitudes de vie : des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec*, Ottawa, Conference Board du Canada, 2014, 74 p.

BRETON, M., et collab. « L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 42, n° 2, avril-juin 2011, p. 101-109.

CARMAN, K. L., et collab. « Patient and Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements and Developing Interventions and Policies », *Health Affairs*, vol. 32, n° 2, février 2013, p. 223-231.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2014. Sujet particulier: les cancers de la peau*, Toronto, Société canadienne du cancer, Statistique Canada, Agence de la santé publique du Canada et Registres provinciaux et territoriaux du cancer, 2014, 139 p.

COMITÉ D'EXAMEN SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES. *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité. Rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 83 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC). *Pourquoi investir en santé mentale contribue à la prospérité économique du Canada et à la pérennité de notre système de soins de santé. Fiche de renseignements – Principaux faits*, CSMC, 31 octobre 2012, 5 p.

CONSEIL DU TRÉSOR DU QUÉBEC. Budget de dépenses 2014-2015. *Renseignements complémentaires*, Québec, Conseil du trésor du Québec, 2014, 77 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*, Québec, MSSS, 2014, 55 p.

GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS. *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, 192 p.

HÉBERT, R., A. TOURIGNY et M. GAGNON. *Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, s. l., Edisem, 2004, 335 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, Ottawa, ICIS, 2013, 173 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2013 (et projections 2014)*, Québec, INSPQ, 2014, 95 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) et ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS). *L'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes*, Québec, AQESSS, INSPQ, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, 2014, 13 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Perspective démographique du Québec et des régions, 2011-2061. Édition 2014*, Québec, ISQ, coll. « Démographie », 2014, 123 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité*, volume 2, Québec, ISQ, coll. « Santé », 2013, 260 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, volume 2, Québec, ISQ, coll. « Santé », 2013, 73 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, ISQ, coll. « Santé et bien-être », 2010, 104 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, ISQ, coll. « Santé », 2010, 205 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056. Édition 2009*, Québec, ISQ, coll. « Démographie », 2009, 132 p.

MINISTÈRE DE LA CULTURE, DES COMMUNICATIONS ET DE LA CONDITION FÉMININE. *Pour que l'égalité de droit devienne une réalité de fait. Politique gouvernementale pour l'égalité entre les hommes et les femmes*, Québec, ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, 2007, 91 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *L'itinérance au Québec. Premier portrait*, Québec, MSSS, 2014, 168 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, MSSS, 2012, 25 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Portrait du cancer au Québec, 2006*, coll. « Analyses et surveillance », Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 61 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Jeunes en difficulté. Offre de service 2007-2012*, Québec, MSSS, 2007, 92 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Dépendances. Offre de service 2007-2012*, Québec, MSSS, 2007, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) et DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Les enfants du Québec : regard sur leur santé socioaffective*, Québec, MSSS, coll. « Des données à l'action », 2012, 15 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Pour guider l'action. Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, MSSS, 2011, 153 p.

QUÉBEC. *Loi concernant les soins de fin de vie*: 2014, chapitre 2 [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *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, à jour au 1^{er} août 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

QUÉBEC. *Loi sur la protection de la jeunesse*: RLRQ, chapitre P-34.1, à jour au 1^{er} août 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

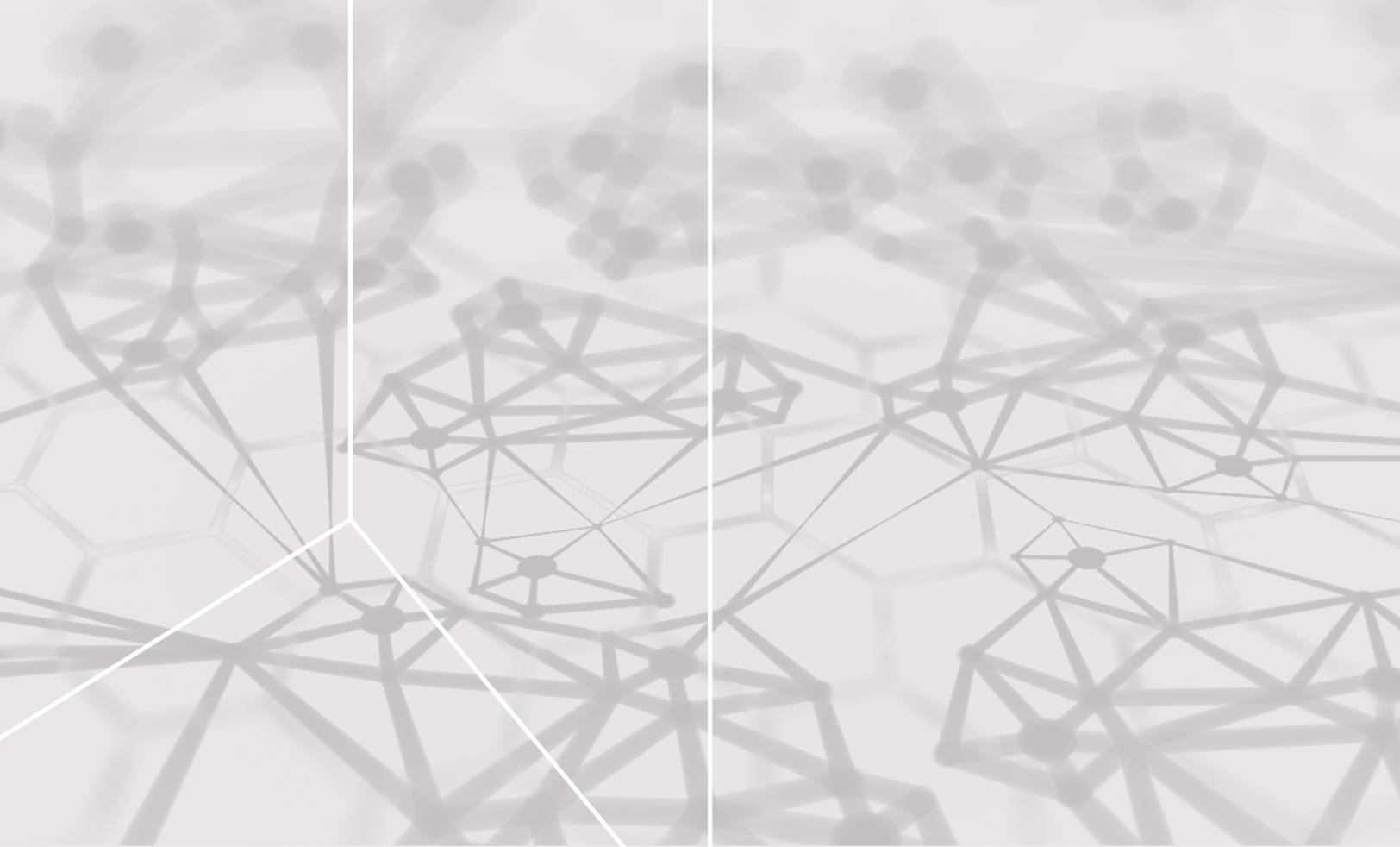
QUÉBEC. *Loi sur le développement durable*: RLRQ, chapitre D-8.1.1, à jour au 1^{er} août 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2006.

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*: RLRQ, chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} août 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, Ottawa, Statistique Canada, 2000-2001; 2003; 2005; 2007-2008; 2009-2010; 2011-2012; 2013.

ENJEUX			
De nouveaux gains en matière de santé de la population	Un système centré sur les usagers et adapté à leurs besoins		Des ressources mobilisées vers l'atteinte de résultats optimaux
ORIENTATIONS			
Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé	Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers		Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement
OBJECTIFS			
<p>Axe – Habitudes de vie</p> <p>1. Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie afin de prévenir les maladies chroniques et les cancers</p> <ul style="list-style-type: none"> Proportion de fumeurs actuels chez les 12 ans ou plus Cible: 16 % Proportion de la population de 12 ans ou plus consommant 5 fois ou plus de fruits et légumes par jour Cible: 50 % Proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports Cible: 51 % 	<p>Axe – Première ligne et urgence</p> <p>4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille Cible: 85 % Nombre total de GMF Cible: 300 Nombre total de GMF-R (super-cliniques) Cible: 50 Pourcentage des premiers services sociaux qui sont dispensés dans les délais prescrits (mission CLSC) Cible: 75 % <p>5. Réduire le temps d'attente à l'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures Cible: 85 % Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures Cible: 85 % Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence Cible: 12h 	<p>Axe – Personnes âgées</p> <p>10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée Cible: augmentation de 15 % Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée, ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention Cible: 90 % <p>11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale Cible: 80 % Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée Cible: 70 % 	<p>Axe – Mobilisation du personnel</p> <p>17. Maintenir la mobilisation du personnel du Ministère en accroissant sa capacité à s'adapter à un contexte ministériel en évolution</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail Cible: 80 % Taux de mutation Cible: 6 % Certification Entreprise en santé Élite maintenue Cible: annuellement <p>18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux d'heures supplémentaires Cible: 3,00 (diminution de 4,8 %) Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante Cible: 2,25 (diminution de 5,1 %) Ratio d'heures en assurance-salaire Cible: 5,90 (diminution de 0,5 %)
<p>Axe – Prévention des infections</p> <p>2. Accroître la vaccination grippale chez les malades chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de vaccination chez les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé Cible: 80 % <p>3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans Cible: augmentation de 15 % 	<p>Axe – Services spécialisés</p> <p>6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois Cible: 100 % Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an Cible: 0 <p>7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des personnes de 50 à 74 ans ayant été dépistées pour le cancer colorectal au cours des deux dernières années Cible: 40 % Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours Cible: 90 % Taux de mortalité due au cancer colorectal Cible: diminution de 3,5 décès par 100 000 habitants 	<p>Axe – Personnes vulnérables</p> <p>12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile Cible: augmentation de 15 % Pourcentage de décès à domicile chez les personnes suivies par une équipe en soins palliatifs et en soins de fin de vie Cible: à déterminer en 2017 Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie Cible: 1 par 10 000 de population <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) Cible: à déterminer 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 Cible: à déterminer en 2016 	<p>Axe – Organisation efficiente</p> <p>19. Améliorer la gouvernance et réduire la structure d'encadrement du réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre de la réforme sur l'organisation et la gouvernance Cible: 2016 Nombre de cadres en équivalent temps complet Cible: réduction de 1 300 d'ici 2017-2018 <p>20. Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des établissements ayant mis en place annuellement au moins 10 projets de services cliniques et au moins 5 projets administratifs Cible: 100 % Pourcentage des projets réussis Cible: 70 % <p>21. Implanter les meilleures pratiques selon le financement axé sur le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvert par le financement axé sur le patient Cible: 80 % <p>22. Favoriser le partage de l'information concernant les usagers entre les professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de cliniciens en première ligne ayant adhéré au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques Cible: 5 200 médecins et 1 000 infirmières d'ici 2016-2017 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. Cible: 100 %
	<p>Axe – Sécurité et pertinence</p> <p>8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant un taux d'infections nosocomiales conforme aux taux établis Cible: 95 % Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements Cible: 80 % <p>9. Favoriser les examens et les traitements les plus appropriés afin d'assurer la qualité des soins et d'éviter des interventions inutiles</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de domaines d'examens ou traitements ayant fait l'objet d'une évaluation de pertinence et pour lesquels un plan d'action a été produit Cible: 12 en 2017 (cible pour 2020 à déterminer) 	<p>14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère Cible: 4 600 Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère Cible: 12 000 <p>15. Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance Cible: 90 % Pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance Cible: à déterminer en 2016 <p>16. Améliorer le soutien aux familles en situation de négligence</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence Cible: réduction à 10 jeunes sur 1 000 	

À moins d'avis contraire, les cibles indiquées dans le tableau synoptique doivent être atteintes d'ici 2020.



msss.gouv.qc.ca