

RAPPORT ANNUEL

Rapport annuel de gestion 2002-2003



Ministère de la Santé et des Services sociaux



Québec 

ASSEMBLÉE NATIONALE
N^o 250-20031023

RAPPORT ANNUEL

Rapport annuel de gestion 2002-2003

**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Santé
et Services sociaux
Québec



Édition produite par :
La Direction des communications du ministère
de la Santé et des Services sociaux

Nous tenons à remercier Les Publications du Québec
de nous avoir permis d'utiliser la grille graphique
créée pour le ministère du Conseil exécutif dans la réalisation
de ce rapport annuel de gestion.

Pour obtenir un autre exemplaire de ce document,
faites parvenir votre commande :
par télécopieur : (418) 644-4574
par courriel : communications@msss.gouv.qc.ca
ou par la poste : Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Le présent document peut être consulté à
la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications**
du site Web du ministère de la Santé
et des Services sociaux dont l'adresse est :
www.msss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN 2-550-41445-4
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.
© Gouvernement du Québec

RAPPORT ANNUEL

Rapport annuel de gestion 2002-2003

**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**



Santé
et Services sociaux
Québec



Message du ministre

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

Monsieur le Président,

En conformité avec les dispositions de la Loi sur l'administration publique, je dépose le Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il rend compte des principales réalisations et des résultats obtenus pour l'exercice financier 2002-2003. Il fait état de l'utilisation des ressources du Ministère et répond aux exigences gouvernementales en ce qui concerne l'accès à l'égalité, la protection des renseignements personnels et la politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'administration. Il fournit enfin une reddition de comptes sur la base des éléments prévus au Cadre de gestion axée sur les résultats.

Au cours de la prochaine année, notre grande priorité sera d'accroître la capacité de notre réseau de répondre aux besoins des gens en matière de santé et de services sociaux, et ce, le plus près possible de leur milieu de vie. De la première à la troisième ligne, les services seront de mieux en mieux coordonnés et intégrés, facilitant ainsi le cheminement de nos concitoyennes et concitoyens à travers un réseau dont ils n'ont pas, au quotidien, à sentir toute la complexité.

Plusieurs priorités guideront nos actions pour la prochaine année. Nous allons notamment assurer un meilleur fonctionnement des urgences, réduire le temps d'attente et accroître le nombre de cliniques-réseau afin d'améliorer l'accès aux services médicaux et hospitaliers. Parmi les autres lignes de force de notre action en 2003-2004, je mentionnerai la modernisation de la médecine universitaire, le rôle des infirmières praticiennes, l'utilisation judicieuse des médicaments, la poursuite de l'informatisation du réseau et l'amélioration des relations avec nos partenaires de la fédération canadienne.

Par ailleurs, différentes mesures permettront de répondre encore mieux aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, comme à ceux d'autres groupes de personnes vulnérables. Je pense en particulier à ceux et à celles qui ont des problèmes de santé mentale, aux jeunes en difficulté, aux personnes présentant des troubles envahissants du développement, aux enfants dysphasiques et aux femmes victimes de violence conjugale. Voilà autant de groupes qui comptent sur notre solidarité pour surmonter les problèmes qui assombrissent leur vie.

Je profite du dépôt de ce Rapport annuel de gestion pour remercier tout le personnel du Ministère de sa contribution à notre vie collective et pour témoigner de son engagement envers les Québécoises et les Québécois.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression des mes sentiments les plus respectueux.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Philippe Couillard', with a stylized, elongated horizontal stroke and a vertical line at the end.

Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Message du sous-ministre

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Monsieur le Ministre,

Je vous transmets le Rapport annuel de gestion pour l'exercice qui a pris fin le 31 mars 2003. Il trace le bilan des réalisations du Ministère pour cette période.

Le Rapport annuel de gestion contient une déclaration de la direction du Ministère sur la fiabilité des données qui y sont présentées. De plus, la validation de l'information a été effectuée par la Direction de la vérification interne.

Je tiens à souligner la compétence dont a fait preuve le personnel du Ministère dans l'exercice de ses fonctions et je suis persuadé qu'il saura relever les défis de la prochaine année.



Juan Roberto Iglesias
Le sous-ministre

Table des matières

Partie 1

Présentation du Ministère de la Santé et des Services sociaux	15
1.1 La mission du Ministère	15
1.2 Les usagères et les usagers du système de santé	16
1.3 Le Ministère et ses partenaires	17

Partie 2

Les faits saillants de l'année 2002-2003	21
---	----

Partie 3

Le contexte actuel du système de santé	22
3.1 Principaux changements externes	22
3.2 Principaux changements internes	24

Partie 4

Rappel du Plan stratégique 2001-2004 et du Plan annuel de gestion des dépenses 2002-2003	27
---	----

Partie 5

Déclaration de fiabilité de la direction	28
---	----

Partie 6

Rapport de validation de la vérification interne	29
---	----

Présentation des résultats 30**ORIENTATION STRATÉGIQUE 1****Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs** 31

AXE D'INTERVENTION 1

Au plan gouvernemental et au niveau du réseau de la santé et des services sociaux 31

OBJECTIFS

1. Renouveler, pour les dix prochaines années, les objectifs et les stratégies de la Politique de la santé et du bien-être 31
2. Établir les responsabilités en matière de promotion, de prévention, de protection et de surveillance 32
3. Assumer le rôle conseil du ministère de la Santé et des Services sociaux auprès des autres ministères quant à l'impact de leurs activités sur la santé et le bien-être 33

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2**Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources** 34

AXE D'INTERVENTION 1

Les efforts en matière de promotion, de prévention et de protection 34

OBJECTIF

4. Développer les activités de promotion, de prévention et de protection et les intégrer aux pratiques cliniques et dans les continuums de services 34

AXE D'INTERVENTION 2

Une première ligne de services comme assise du système 36

OBJECTIFS

5. Mettre en place, graduellement, des groupes de médecine de famille oeuvrant soit en cabinet, soit en CLSC, avec responsabilité quant à la clientèle et quant à l'accès 24/7 aux services 36
6. Compléter l'offre de services de base dans les CLSC 37
7. Mettre en place un système de services préhospitaliers d'urgence qui prend assise sur une chaîne complète d'interventions 39

AXE D'INTERVENTION 3

La qualité, la continuité et la coordination des interventions 42

OBJECTIFS

- 8. Faire de la gestion des risques une préoccupation majeure pour les établissements de santé 42
- 9. Mettre en place des réseaux de services intégrés, pour des clientèles plus vulnérables en raison d'une perte d'autonomie 44
- 10. Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes 47
- 11. Atteindre une performance maximale dans l'utilisation et le fonctionnement des services d'urgence 52

AXE D'INTERVENTION 4

La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux 56

OBJECTIFS

- 12. Procéder à la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers 56
- 13. Clarifier la vision de l'organisation du réseau hospitalier universitaire 57
- 14. Confirmer le caractère d'exception de la Loi sur la protection de la jeunesse 59

AXE D'INTERVENTION 5

L'amélioration des actions relatives aux médicaments 59

OBJECTIF

- 15. Améliorer le processus décisionnel et les mécanismes visant l'inscription, le suivi et l'utilisation optimale des médicaments 59

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3

Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées 62

AXE D'INTERVENTION 1

La planification de la main-d'œuvre médicale et le mode de rémunération des médecins 62

OBJECTIFS

- 16. Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre médicale qualifiée, en nombre suffisant, et améliorer la répartition des effectifs médicaux 62
- 17. Revoir les modes de rémunération des médecins en tenant compte des nouvelles orientations en matière d'organisation des services et des objectifs de contrôle de coûts 66

AXE D'INTERVENTION 2

La planification de la main-d'œuvre, sa formation et l'organisation du travail 68

OBJECTIFS

- 18. Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant, particulièrement dans les secteurs considérés comme précaires 68
- 19. Définir, avec l'ensemble des parties et dans le cadre des conventions collectives actuelles, des mesures relatives à une organisation du travail mieux adaptée aux nouvelles réalités de l'organisation des services 73

AXE D'INTERVENTION 3

Des systèmes d'information efficaces et sécurisés 74

OBJECTIFS

- 20. Définir les bases permettant de s'assurer que les systèmes d'information correspondent à une vision d'ensemble 74
- 21. Mettre en place une infrastructure d'accès et d'échange d'information entre les intervenants 75
- 22. Déployer progressivement les applications relatives à la télésanté en vue d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés 77
- 23. Mettre en place les systèmes d'information nationaux 78
- 24. Compléter le déploiement des systèmes d'information du secteur social 81

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4**Stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses** 83

AXE D'INTERVENTION 1

Le contrôle de la croissance des dépenses 83

OBJECTIFS

- 26. Se doter des outils permettant de faire les choix appropriés 83
- 27. Identifier et monitorer les principaux facteurs de croissance des dépenses 84
- 28. Assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements en déficit 85

AXE D'INTERVENTION 2

Le niveau de financement 87

OBJECTIF

- 29. Examiner les possibilités de nouvelles sources de financement 87

ORIENTATION STRATÉGIQUE 5

**Clarifier les responsabilités des différents acteurs
et accroître leur imputabilité** 88

AXE D'INTERVENTION 1

La gouverne du réseau de la santé et des services sociaux 88

OBJECTIF

31. Instaurer une culture de gestion par résultats 88

Partie 8

L'utilisation des ressources 90

8.1 Les ressources humaines 90

8.2 Les ressources financières 92

8.3 Les ressources budgétaires 92

8.4 Les ressources informationnelles 98

8.5 Suivi des recommandations du
Vérificateur général du Québec 101

Partie 9

Politique linguistique 102

Partie 10

**Programme d'accès à l'égalité
et plan d'embauche** 103

Partie 11

**Accès à l'information et protection
des renseignements personnels** 105

Partie 12

Éthique et déontologie 107

Partie 13

Contribution des autres organismes	108
13.1 Conseil québécois de lutte contre le cancer	108
13.2 Conseil du médicament	110
13.3 Conseil consultatif de pharmacologie	111
13.4 Comité de revue de l'utilisation des médicaments	112
13.5 Comité permanent de lutte à la toxicomanie	112
13.6 Comité de la santé mentale du Québec	115



Présentation du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fut créé le 20 juin 1985 lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, autrefois nommé ministère des Affaires sociales. Cette loi venait remplacer la Loi sur le ministère des Affaires sociales, édictée en 1970.

1.1 La mission du Ministère

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

En vertu de son mandat, le ministère de la Santé et des Services sociaux doit proposer à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population. Il est de sa responsabilité, également, d'offrir aux individus, ainsi qu'aux groupes particulièrement visés, des services de santé et des services sociaux accessibles et de qualité.

Tous les acteurs sociaux ont une influence sur l'évolution des déterminants de la santé et du bien-être de la population, mais le Ministère est le seul responsable, au niveau gouvernemental, de l'organisation des services de santé et des services sociaux. Il partage toutefois cette responsabilité avec plusieurs organisations et partenaires.

Le rôle premier du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé québécois et de son réseau. Il doit s'assurer, en outre, de la pertinence des lignes directrices en matière de politiques de santé et de bien-être, et évaluer les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Le fait qu'il soit responsable à la fois des grandes orientations du système et de la reddition de comptes, permet au Ministère d'agir autant en amont qu'en aval quant à la mise en place des services de santé.

Une mission d'envergure, des partenaires nombreux, des usagers et des usagers issus de groupes variés, autant d'éléments qui amènent le Ministère à utiliser divers leviers d'intervention, à savoir :

- l'élaboration de politiques en matière de santé et de services sociaux, leur mise en œuvre et leur évaluation ;
- l'approbation des priorités régionales découlant des politiques ministérielles ;

- la coordination du programme de santé publique et l'instauration de mesures destinées à protéger la santé de la population ;
- la répartition équitable des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles entre les régions du Québec ;
- la mise en place des cadres de gestion nécessaires à l'utilisation efficace et efficiente de ces ressources ;
- l'établissement des politiques et des orientations relatives à la main-d'œuvre du réseau ;
- la coordination interrégionale des services ;
- l'action intersectorielle ;
- l'évaluation des effets des politiques en matière de santé et de services sociaux.

1.2 Les usagères et les usagers du système de santé

Le Ministère dessert l'ensemble de la population du Québec, c'est-à-dire les enfants, les jeunes adultes, les personnes âgées et les familles, tous susceptibles d'avoir recours aux services de santé et aux services sociaux. Davantage qu'hier, on retrouve parmi les usagères et les usagers du système de santé de plus en plus de gens qui, en raison d'une maladie, d'une perte d'autonomie, d'un handicap ou d'un problème de nature psychosociale, ont besoin de services à long terme. Ils peuvent être répartis en cinq grandes catégories, soit :

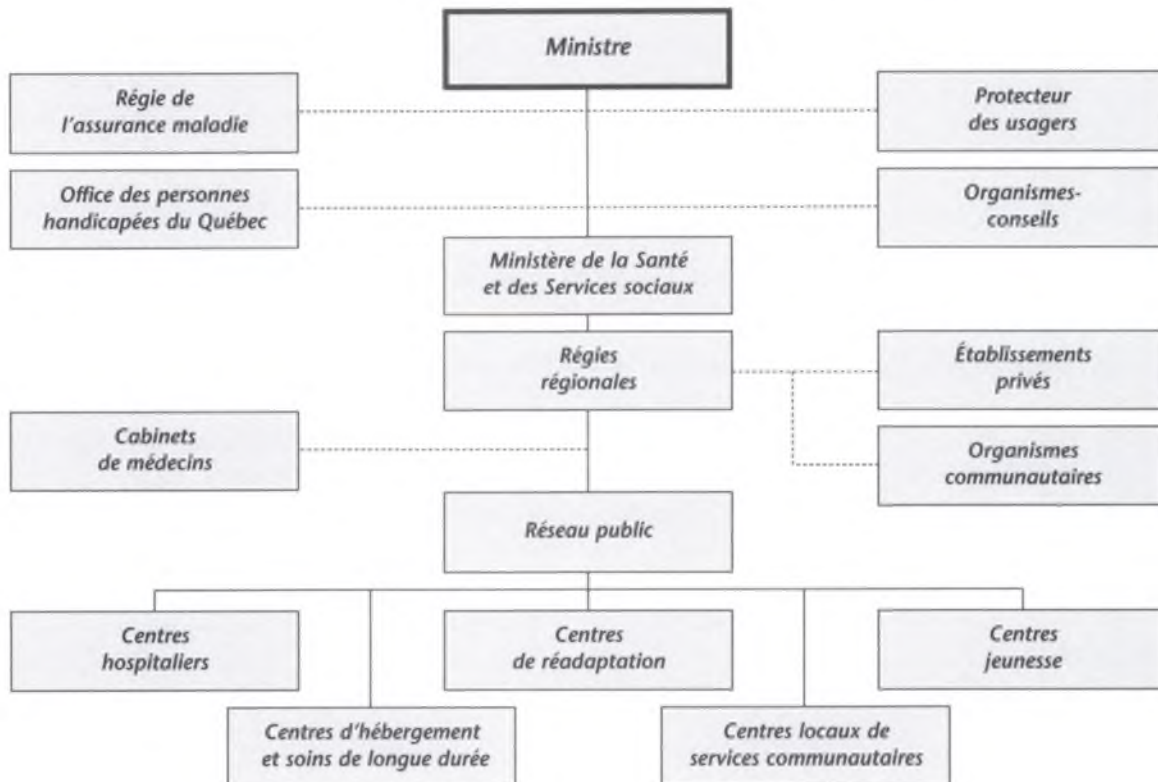
- les personnes ayant besoin de soins, de façon ponctuelle ou à long terme, pour résoudre un problème de santé physique ;
- les personnes dont la santé mentale est menacée, celles qui souffrent de troubles transitoires ou encore celles qui présentent des problèmes graves et persistants en la matière ;
- les personnes qui ont une déficience physique ou intellectuelle ainsi que les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- les personnes dont l'adaptation sociale est compromise ou risque de l'être en raison de problèmes associés à des comportements sociaux inacceptables pour elles-mêmes ou pour autrui, ou encore provoqués par une situation sociale ou familiale difficile : toxicomanie, jeu pathologique, délinquance, violence ;
- les personnes appartenant à des groupes particulièrement visés par des activités liées à la promotion de la santé et du bien-être, à la prévention ou à la protection et organisées par le réseau des services de santé publique.

- Près de six millions de personnes (près de 80 % de la population du Québec) reçoivent annuellement des services médicaux.
- L'ensemble des Québécoises et des Québécois bénéficient d'une couverture pour leurs médicaments ; plus de 3,2 millions d'entre eux sont couverts par le régime public.
- Environ 635 000 personnes sont admises en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés pour des soins de courte durée ; plus de 5 % de ces hospitalisations sont rendues nécessaires en raison de problèmes de santé mentale.

- Plus de 458 000 chirurgies sont pratiquées chaque année ; plus de 60 % sont des chirurgies d'un jour.
- Plus de 260 000 personnes ayant des incapacités, dont 120 000 personnes âgées, reçoivent des services à domicile ; plus de 40 000 personnes sont hébergées dans les CHSLD.
- Environ 13 500 familles dont un enfant est handicapé obtiennent des services de répit, de gardiennage et de dépannage.
- Environ 24 000 personnes déficientes intellectuelles reçoivent des services des centres de réadaptation.
- Près de 100 000 usagers, majoritairement des jeunes âgés de 0 à 17 ans, ont obtenu des services des centres jeunesse. De ce nombre, plus de 53 000 jeunes ont fait l'objet d'interventions en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et plus de 21 000, en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants.
- Environ 25 000 personnes alcooliques ou toxicomanes reçoivent des services de réadaptation.
- Des actions en matière de prévention de la santé publique sont menées pour et avec plusieurs groupes de la population. Par exemple, plus de 1,2 million de personnes sont vaccinées annuellement contre diverses infections.

1.3 Le Ministère et ses partenaires

Le système de santé et des services sociaux du Québec



Outre sa direction supérieure, le ministère de la Santé et des Services sociaux compte sept directions générales. En vertu de son mandat, il est responsable de l'application de plusieurs lois et règlements, dont la principale est la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour mener à bien tant sa mission que ses mandats, le Ministère s'appuie sur la collaboration d'un vaste éventail de partenaires.

Les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS)

Dix-huit instances régionales – soit seize régies, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James – sont responsables de la planification, de l'organisation et de la coordination des programmes et des services ainsi que de l'allocation des ressources sur leur territoire. Elles ont également pour mandat d'adapter les services aux besoins et aux réalités des divers groupes qui composent la population de leur territoire. Au sein des instances régionales, les directions de santé publique sont responsables de la coordination et de la prestation des services de santé publique.

Un vaste ensemble de fournisseurs de services

- Les divers fournisseurs de services qui composent le réseau de la santé et des services sociaux ont pour mission de mettre en place et d'offrir des services appropriés aux différentes catégories d'usagers et d'usagers du système de santé, conformément aux fonctions qui leur sont confiées par la loi.
- Le réseau de la santé et des services sociaux est composé de 468 établissements, dont 340 sont publics et 128, privés; la plupart de ces derniers sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée (privés conventionnés).
- Plusieurs établissements du réseau ont plus d'une mission. Par exemple, ils peuvent remplir à la fois le rôle d'un CLSC et d'un centre hospitalier, ou encore le rôle d'un CLSC et d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ainsi, sous l'angle des missions, le réseau regroupe :
 - 148 centres locaux de services communautaires (CLSC),
 - 124 centres hospitaliers (CH),
 - 20 centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ),
 - 315 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD),
 - 90 centres de réadaptation (CR).
- Cinq établissements sont dotés d'un statut de centre hospitalier universitaire (CHU) et cinq autres, d'un statut de centre hospitalier affilié universitaire (CHAU). Cinq CLSC ont une désignation universitaire. Enfin, sept établissements sont désignés instituts, quatre dans le secteur de la santé et trois dans le secteur social.
- Le Québec compte plus de 800 cliniques médicales d'omnipratique, lesquelles constituent des points d'accès aux services de première ligne.

- Plusieurs ressources intermédiaires et ressources de type familial viennent compléter et soutenir les services offerts par les établissements, soit environ :
 - 5 800 familles d'accueil pour enfants,
 - 3 900 résidences d'accueil pour adultes et personnes âgées,
 - 1 400 autres ressources intermédiaires.
- Près de 3 110 organismes communautaires subventionnés œuvrent également dans le secteur et offrent une variété de services et d'activités.
- Les entreprises d'économie sociale jouent désormais un rôle de premier plan dans les services d'aide à domicile. Plus d'une centaine d'entre elles, réparties sur tout le territoire québécois, offrent des services à quelque 40 000 personnes en raison de leur état de santé.
- Le Régime général d'assurance médicaments repose sur une collaboration entre le secteur public, les compagnies d'assurance privées, l'industrie pharmaceutique et les quelque 1 600 pharmacies communautaires.

Une main-d'œuvre hautement qualifiée

- La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente près de 7 % de la population active du Québec.
- Plus de 20 500 professionnelles et professionnels actifs reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Parmi eux, on retrouve un peu plus de 14 000 médecins, répartis presque également entre spécialistes et omnipraticiens.
- Le réseau emploie environ 238 000 personnes, dont 10 000 cadres et 228 000 personnes syndiquées. Ces dernières travaillent soit dans le domaine des soins infirmiers, soit à l'intérieur de diverses sphères professionnelles et techniques, soit dans les secteurs administratifs et de soutien.

Des partenaires indispensables

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

- Huit associations représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.
- Vingt-deux ordres professionnels différents assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques.
- Les intérêts de différents groupes d'usagers et d'utilisateurs du système de santé sont défendus par plusieurs organismes du mouvement associatif.
- Le personnel du secteur de la santé et des services sociaux est représenté par les grandes organisations syndicales du Québec.
- Depuis l'instauration du Régime général d'assurance médicaments, un régime mixte public-privé à caractère universel, le Ministère a établi des partenariats privilégiés avec les regroupements d'assureurs et l'industrie pharmaceutique.

Le Ministère collabore avec plusieurs partenaires pour réaliser des actions visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise. Les principaux partenaires sont les ministères de l'Éducation, de l'Environnement, de la Justice, de la Solidarité sociale, de la Sécurité publique ainsi que celui de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation.

Le Ministère collabore également avec d'autres organismes gouvernementaux pour l'avancement de certains dossiers tels que la condition féminine, la coopération internationale, les relations intergouvernementales et l'intégration des communautés culturelles.

Des organismes ministériels

Quatorze organismes relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux. Parmi eux :

- six organismes exercent des responsabilités administratives, soit :
 - le Conseil du médicament (CM),
 - la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ),
 - la Corporation Héma-Québec,
 - la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain,
 - l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ),
 - la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- sept organismes ont un rôle de recommandation et de consultation, soit :
 - le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT),
 - le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ),
 - le Protecteur des usagers,
 - le Conseil médical du Québec (CMQ),
 - le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE),
 - le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC),
 - l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).



Les faits saillants de l'année 2002-2003

- Mise en œuvre d'un système de surveillance et création d'un plan d'intervention visant la détection rapide du virus du Nil occidental et la prévention de la transmission de ce virus. La population a largement collaboré à la surveillance; les quelque 1 200 appels faits à la centrale SOS Braconnage ont donné lieu à l'analyse de plus de 500 oiseaux.
- Publication des premiers bulletins de performance pour les CLSC et pour les hôpitaux. Ces bulletins se basent sur de vastes sondages effectués auprès des personnes ayant reçu des services dans ces deux types d'établissements. Environ 95 % des répondants se sont dits satisfaits des soins qu'ils y ont reçus.
- Adoption de la loi sur les services préhospitaliers d'urgences, qui définit les rôles et responsabilités du ministre, des régies régionales, des techniciens ambulanciers et, le cas échéant, des premiers répondants en ce domaine. Elle prévoit également la création de huit centres de communication santé supra-régionaux.
- Instauration de plusieurs mesures structurantes pour le système québécois de santé et de services sociaux, dont le *Programme national de santé publique*, la politique de soutien à domicile intitulée, *Chez soi: Le premier choix*, et les orientations concernant les personnes qui présentent un trouble envahissant du développement, titrées *Un geste porteur d'avenir*.
- Création de 17 groupes de médecine de famille (GMF). Cette nouvelle forme d'organisation permet d'améliorer l'accessibilité aux médecins de famille en plus de favoriser une prise en charge plus efficace des individus.
- Signature d'ententes avec plusieurs groupes d'intervenants du secteur de la santé, qui se traduiront globalement par des améliorations des services à la population. Des accords ont en effet été conclus avec les fédérations des médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec, avec les entreprises ambulancières ainsi qu'avec les syndicats des techniciens ambulanciers.
- Création du Conseil du médicament qui a regroupé le Conseil consultatif de pharmacologie, le Comité de revue de l'utilisation des médicaments et le Réseau de revue de l'utilisation des médicaments. Ce nouvel organisme a notamment pour mandat d'assister le ministre dans la préparation de la liste des médicaments couverts par le Régime général d'assurance médicaments et d'assurer le suivi de l'utilisation des médicaments.
- Investissement de 50 millions de dollars pour rendre le financement équitable pour toutes les régions du Québec en matière de santé et de services sociaux.



Le contexte actuel du système de santé

Le système de santé québécois traverse actuellement une importante période de transition et il est soumis à de fortes pressions, tant de l'extérieur que de l'intérieur, qui marquent l'évolution du secteur.

3.1 Principaux changements externes

Un nouveau portrait de la maladie, des problèmes sociaux et des besoins

- Le portrait épidémiologique a changé au cours des dernières décennies. Au moment de la création du système de santé et des services sociaux, la population était très jeune et les services se traduisaient la plupart du temps en traitements de courte durée. Depuis ce temps, la population a vieilli et la proportion des personnes ayant des incapacités permanentes a augmenté; elle s'établit actuellement à 9,3 %. Cette proportion atteint 27 % chez les personnes de 75 ans ou plus.
- Les besoins de soins et de soutien dans le milieu de vie ont décuplé. La très grande majorité des personnes handicapées et des personnes souffrant de troubles mentaux vivent aujourd'hui au sein de la société; il en est de même pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ces changements obligent à une reconfiguration importante des services, qui doivent être adaptés à la diversité des milieux de vie.
- De plus en plus d'individus se trouvent dans une situation qui les rend vulnérables: des jeunes sont en difficulté, certaines personnes éprouvent des problèmes de santé mentale et d'autres sont aux prises avec des problèmes de nature psychosociale comme la toxicomanie ou le jeu pathologique.
- Avec l'évolution des valeurs et des pratiques, les Québécoises et les Québécois sont plus exigeants envers le système de santé. Ils s'attendent aujourd'hui à recevoir non seulement des services particuliers lorsque leur état de santé nécessite des soins hospitaliers, mais également les soins et le soutien dont ils ont besoin dans leur milieu de vie.

La révolution technologique

- La recherche pharmaceutique donne lieu à d'importantes percées thérapeutiques qui améliorent les possibilités de traitement; mais l'arrivée de nouveaux médicaments entraîne également des coûts très élevés. Depuis quelques années, les dépenses pour les médicaments ont dépassé les coûts des services médicaux du système de santé et de services sociaux.

- Des équipements médicaux de plus en plus sophistiqués améliorent constamment les possibilités diagnostiques, tandis que des techniques plus précises augmentent considérablement les possibilités de traitement. Le développement technologique contribue généralement à l'augmentation des coûts, et ce, au moins de deux manières : d'un côté, certaines technologies, bien qu'elles permettent de diminuer les coûts unitaires, multiplient par ailleurs les possibilités d'intervention ; de l'autre, certaines technologies s'ajoutent aux plus anciennes mais sans les remplacer.
- Le développement rapide des technologies de l'information et de la communication (TIC) ouvre de nouveaux champs d'intervention prometteurs, en particulier la télémédecine et la télésanté. Les TIC offrent également des possibilités, hier insoupçonnées, pour améliorer la transmission de l'information médicale et administrative et, par le fait même, la coordination des services et la prise de décision. Le déploiement des outils technologiques exige, cependant, des investissements importants et pose un véritable défi quant à la sécurité et à la confidentialité de l'information.

Les conséquences du vieillissement de la population

- Les services aux personnes âgées comptent actuellement pour 44 % des dépenses en matière de santé et de services sociaux. Cette proportion est en augmentation constante. Deux facteurs expliquent la progression des dépenses : l'augmentation du nombre de personnes âgées et la façon de répondre à leurs besoins.
- Depuis dix ans, la proportion de personnes âgées a augmenté de 1,9 point de pourcentage pour se situer aujourd'hui à 12,9 % de l'ensemble de la population (2001). Au cours de cette décennie, ce n'est pas tellement l'augmentation du nombre de personnes âgées qui a influencé la hausse des dépenses en matière de soins de santé, quoiqu'on ne saurait négliger ce facteur. Il faut plutôt considérer l'allongement de la durée de vie et le fait que le nombre d'années de vie gagnées ne s'est pas traduit nécessairement par une augmentation similaire de l'espérance de vie en bonne santé. Par ailleurs, avec le développement des technologies et des médicaments, davantage de personnes âgées sont aujourd'hui en mesure de recevoir des traitements spécialisés, généralement coûteux.
- Dans huit ans, soit en 2011, la proportion des personnes âgées aura augmenté de 2,8 points de pourcentage par rapport à aujourd'hui, pour se situer à 15,7 %. À ce moment, le Québec aura rejoint les taux actuels de la plupart des pays européens. Toutefois, la tendance démographique s'accélérera par la suite. Afin d'être en mesure d'absorber ces changements, le système de santé doit donc se préparer, dès maintenant, à modifier l'organisation de ses services et à améliorer son rendement pour satisfaire les besoins de ces personnes.

3.2 Principaux changements internes

L'évolution de l'organisation des services

À l'instar de la plupart des sociétés occidentales, le Québec a entrepris une grande transformation de son système de santé et de services sociaux au cours des années 1990. Cette réforme visait principalement à rapprocher les centres de décision de l'action et à assouplir le fonctionnement du système. Elle avait également comme objectif de profiter du développement des technologies et de l'évolution des connaissances pour modifier les pratiques hospitalières. À cela s'ajoutait la volonté de réduire le taux d'hospitalisation, de diminuer le recours aux services spécialisés et d'allouer de nouvelles ressources aux services de base (services ambulatoires et services à domicile); le Québec avait, sur ce plan, un important retard à rattraper.

- Des gains importants ont été réalisés :
 - Les séjours hospitaliers et le recours à l'hospitalisation ont diminué de façon importante avec l'augmentation des chirurgies d'un jour et le développement des services ambulatoires. Ainsi, en médecine, le séjour moyen a été ramené de 8,8 à 7,5 jours dans un très court laps de temps, ce qui représente un effort considérable.
 - Le taux d'hébergement des personnes âgées a enregistré une baisse remarquable : il est de 4 % aujourd'hui alors qu'il s'élevait à environ 7 % il y a une décennie à peine.
 - Des modèles novateurs d'organisation des services ont vu le jour, fruits du développement des connaissances et des pratiques. Ces modèles permettent d'assurer une meilleure continuité des services et de mieux répondre aux personnes dont l'état de santé exige des soins qui s'étendent sur une longue période : personnes âgées en perte d'autonomie, santé mentale, etc.
 - Le service Info Santé CLSC a été développé considérablement. Il constitue aujourd'hui un levier important pour organiser l'accès aux services de première ligne dans tous les territoires de CLSC.
 - Bien qu'ils demeurent insuffisants, les investissements dans les services à domicile ont augmenté graduellement depuis le milieu des années 1990.
 - La proportion des ressources affectées aux services directs à la population, par rapport aux ressources totales, a augmenté. Une étude réalisée auprès de quatorze grands hôpitaux a révélé que les dépenses liées à l'administration et aux services de soutien ont baissé de 7 % entre 1994 et 1998.
- Le contexte budgétaire difficile dans lequel la transformation a été effectuée n'a pas permis de faire les investissements nécessaires dans des secteurs névralgiques. En outre, certaines mesures d'économie ont entraîné des départs massifs et une perte d'expertise :
 - Les services de base restent peu développés dans certains territoires, les médecins généralistes et les CLSC offrant des services en parallèle. En outre, les services à domicile ne répondent que partiellement à la demande, particulièrement en ce qui concerne les gens dont l'état de santé nécessite des soins sur une longue période. Dans ce contexte, les personnes ayant des incapacités continuent souvent de s'adresser directement aux urgences et aux services spécialisés, lesquels restent surchargés.

- Des activités visant la prévention et la promotion de la santé et du bien-être ont dû être délaissées pour répondre aux besoins urgents en matière de soins hospitaliers.
- Des pénuries de personnel se sont manifestées dans certains secteurs. Les nombreux départs à la retraite ont accentué ces pénuries.
- La réorganisation du système de santé n'a pas permis, à ce jour, de changer certains des éléments structurants de ce système et d'adapter les leviers essentiels favorisant une organisation des services performante. Ainsi :
 - Le mode de rémunération des médecins et l'organisation de la pratique médicale ont peu changé au fil des ans, bien que les besoins aient évolué. En outre, pour plusieurs citoyennes et citoyens, il demeure difficile d'avoir accès à un médecin de famille.
 - L'allocation budgétaire n'a pas été modifiée. Fondamentalement, la très grande partie des budgets est toujours établie sur des bases historiques. Une méthode d'allocation a été conçue sur la base des caractéristiques sociosanitaires de la population, mais elle est appliquée uniquement pour les budgets de développement.
 - Le partage des responsabilités n'est pas clairement établi entre le Ministère, les régies régionales et les établissements. Des zones grises existent et le degré de responsabilité reste alors imprécis.
 - Les systèmes d'information actuels n'offrent pas aux administratrices et aux administrateurs des données de gestion complètes et il est difficile d'établir des relations utiles entre ces données et les données médicales.
 - Les systèmes d'information doivent être couplés à des outils de communication qui permettent l'échange d'information médicale et la surveillance de l'état de santé de la population. Ces outils sont essentiels pour organiser un véritable continuum de services. Leur déploiement exige toutefois des investissements considérables et doit, en outre, reposer sur une concertation étroite entre les partenaires.

L'évolution des dépenses

- Le gouvernement consacre actuellement quelque 40 % de ses dépenses de programmes aux services de santé et aux services sociaux (excluant le service de la dette). Cette proportion a augmenté graduellement au fil des ans, sauf pour la période de compressions budgétaires du milieu des années 1990.
- Le niveau actuel des dépenses totales de santé du Québec est similaire à celui d'États ou de pays comparables. Les dépenses publiques de santé au Québec atteignent 2 314 \$ par habitant (2002). Le Québec se classe ainsi au neuvième rang au Canada. Toutefois, le rythme de croissance des dépenses s'est accéléré récemment, pour atteindre un peu plus de 5 % par année au cours des cinq dernières années. Durant cette période, le gouvernement québécois a dû fournir un effort supplémentaire afin de compenser l'importante diminution de la contribution financière du gouvernement fédéral. En fait, le montant total des transferts fédéraux en matière de santé et de programmes sociaux a connu une importante diminution au cours des années 1990. Comparativement à un sommet de 5,6 milliards de dollars, en 1993-1994, ces transferts n'atteignaient plus que 4,2 milliards de dollars en 2000-2001 et cela, malgré l'augmentation marquée des dépenses en santé au Québec. Depuis lors, un certain redressement dans le montant des transferts fédéraux a

été observé. Ces transferts sont ainsi passés à 4,7 milliards de dollars en 2001-2002 et à 4,9 milliards de dollars en 2002-2003.

- L'augmentation des coûts du Régime général d'assurance médicaments, de l'ordre de 15 % par année sur une moyenne des cinq derniers exercices financiers, offre une excellente illustration des pressions financières qui s'exercent sur le système de santé et de services sociaux. Trois facteurs expliquent la croissance des dépenses dans ce programme : l'augmentation du nombre de bénéficiaires, celle du nombre moyen d'ordonnances par personne et celle du coût unitaire moyen des médicaments.



Rappel du Plan stratégique 2001-2004 et du Plan annuel de gestion des dépenses 2002-2003

Le Plan stratégique 2001-2004 et le Plan annuel de gestion des dépenses du Ministère portent sur les activités, les enjeux et les orientations qui concernent l'ensemble des composantes du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Plan stratégique est structuré autour des **cinq orientations** suivantes :

- convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs ;
- améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources ;
- doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées ;
- stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses ;
- clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité.

Ces orientations sont regroupées autour de 13 axes d'intervention qui comprennent, au total, 31 objectifs.

Il est à noter que l'année 2002-2003 est la seconde année où l'on fait référence au Plan stratégique du Ministère. Le Plan annuel de gestion des dépenses, quant à lui, reprend les objectifs et les cibles de résultats du Plan stratégique fixés pour l'année 2002-2003.

Déclaration de fiabilité de la direction

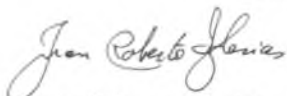
Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de notre responsabilité. Celle-ci porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, la direction a maintenu des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer la réalisation des objectifs fixés au plan stratégique et dans le plan annuel de gestion des dépenses.

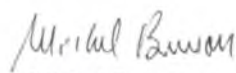
De plus, la Direction de la vérification interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs, des explications et de l'information présentés à la section Présentation des résultats du rapport annuel de gestion, et a émis un rapport de validation sur cette information.

À notre connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice terminé le 31 mars 2003 correspond à la situation et est fiable.

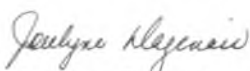
Les membres du Comité de direction,



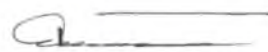
Juan Roberto Iglesias
Sous-ministre



Michel Bureau
Directeur général des affaires médicales
et universitaires



Jocelyne Dagenais
Sous-ministre adjointe
Planification stratégique, évaluation et gestion de l'information



Renée Lamontagne
Sous-ministre adjointe
Services à la population



Jacques Larouche
Sous-ministre adjoint
Personnel du réseau



Pierre Malouin
Sous-ministre associé
au financement et à l'équipement



Roger Paquet
Sous-ministre associé
Coordination ministérielle et relations avec le réseau



Alain Poirier
Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 31 juillet 2003



Rapport de validation de la vérification interne

Monsieur le Sous-ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs, des explications et des informations présentées à la section Présentation des résultats du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice terminé le 31 mars 2003. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction.

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

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes (IVI). Les travaux ont consisté à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger de l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter sur l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Au terme de notre examen, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans la section Présentation des résultats du rapport annuel de gestion n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de la vérification interne,

Viateur Laplante, Adm. A.
Directeur

Daniel Paquet, C.A.
Chargé de projet

Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 31 juillet 2003



Présentation des résultats

La section suivante présente, pour chacun des objectifs et chacune des cibles de la planification stratégique 2001-2004, les résultats atteints en fonction des indicateurs annoncés.

À l'image du rapport 2001-2002, les résultats visés en 2002-2003 sont qualifiés d'atteints, d'atteints partiellement ou de non atteints et une mesure de ces résultats est parfois exprimée en pourcentage. **Toutefois, le présent rapport ne reviendra pas de façon systématique sur les objectifs et les cibles qui furent atteintes en 2001-2002, sauf pour établir des comparaisons.** En ce qui concerne les autres cibles – celles qui touchent les années 2003 et les années ultérieures – les résultats sont en voie d'être atteints, c'est-à-dire que les travaux sont en cours et que les résultats sont escomptés à court, à moyen ou à long terme.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1

Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs.

AXE D'INTERVENTION 1

Au plan gouvernemental et au niveau du réseau de la santé et des services sociaux

OBJECTIF 1 Renouveler, pour les dix prochaines années, les objectifs et les stratégies de la Politique de la santé et du bien-être.

CIBLE 1

Révision de la Politique de la santé et du bien-être pour 2002-2003

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Publication de la politique.	Révision de la Politique de la santé et du bien-être.	Non atteint.

Commentaires

Tous les travaux, incluant un plan de rédaction préliminaire, devant mener à la rédaction d'une version préliminaire de la future Politique de la santé et du bien-être étaient sur le point d'être finalisés lorsque deux éléments sont venus modifier la séquence et le contenu de la politique.

En premier lieu, les travaux relatifs au Plan de la santé et des services sociaux, effectués du mois de mai au mois d'octobre 2002, ont non seulement nécessité un investissement majeur en ressources professionnelles, mais ils ont également permis de dégager une perspective et des orientations générales qui sont du niveau d'une politique. En second lieu, la publication du *Programme national de santé publique 2003-2012* a permis de préciser un ensemble d'objectifs relativement ciblés dans le champ des déterminants de la santé et du bien-être.

Bref, l'espace pour le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être s'est relativement rétréci. Toutefois, la perspective qui devait animer la future politique est déjà passablement présente et bien articulée à l'intérieur de pièces importantes qui constituent le cadre général des orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de santé et de bien-être.

Bien que l'élaboration d'une version renouvelée de la Politique de la santé et du bien-être soit momentanément suspendue, compte tenu que certaines pièces maîtresses peuvent maintenant tenir lieu d'orientations générales à donner au système de santé et de services sociaux, il n'en demeure pas moins que le travail peut être repris rapidement et constituer le point de départ d'un nouvel ensemble d'orientations et d'objectifs pouvant conduire au renouvellement de la politique de 1992.

Il est important également de mentionner que la publication d'une politique est dépendante de divers éléments de contexte qui rendent difficile l'établissement d'un échéancier.

OBJECTIF 2 Établir les responsabilités en matière de promotion, de prévention, de protection et de surveillance.

CIBLE 2

Développement du programme de santé publique pour 2002-2003

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Diffusion aux fins de la mise en œuvre du Programme national de santé publique.	Diffusion du programme.	Atteint.

Commentaires

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* constitue l'instrument privilégié d'orientation et de planification en matière de santé publique pour les dix prochaines années. Il respecte les orientations de la Politique de la santé et du bien-être et s'inscrit en continuité des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, dont il prend la relève.

Le Programme national de santé publique constitue l'une des mesures prescrites par la Loi sur la santé publique adoptée en décembre 2001. Il est fondé sur les fonctions essentielles de santé publique, à savoir la surveillance de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux ainsi que la protection de la santé. Le programme précise les activités de santé publique à maintenir, à consolider ou à mettre en œuvre pour chacun des domaines d'intervention, à savoir : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale et la santé en milieu de travail. Les activités à déployer au cours du premier cycle du programme (2003-2005) sont définies. Le Programme national de santé publique comprend enfin un cadre d'évaluation qui prévoit l'appréciation de la performance des fonctions, le suivi de l'implantation du programme ainsi que la mesure de l'atteinte des résultats en fonction des indicateurs sociosanitaires retenus.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* a été déposé en novembre 2002. Un comité de suivi a été mis en place pour assurer la coordination de la mise en œuvre du programme. Des travaux menant à la production de documents complémentaires au programme sont en cours pour faciliter sa mise en œuvre. Par ailleurs, conformément à la Loi sur la santé publique, les directions de santé publique et les CLSC ont commencé à préparer les plans d'action régionaux et locaux de santé publique.

OBJECTIF 3 Assumer le rôle conseil du ministre de la Santé et des Services sociaux auprès des autres ministères quant à l'impact de leurs activités sur la santé et le bien-être.

CIBLE 1

Élaboration d'un mécanisme d'analyse d'impacts des projets gouvernementaux sur la santé et le bien-être, en 2002-2003

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Proposition au gouvernement d'un mécanisme d'analyse des répercussions.	Dépôt de la proposition.	Atteint.

Commentaires

La Loi sur la santé publique, adoptée en décembre 2001, prévoit que le « ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population » (art. 54, en vigueur depuis le 18 juin 2002).

Afin de guider la mise en application de cet article par les différents ministères et organismes, une stratégie en deux volets a été conçue. Un document d'orientation et des outils ont été fournis aux ministères et organismes en mai 2002, pour une période de validation d'un an. Ce document d'orientation et les outils qui y sont associés permettent d'évaluer plus facilement si les mesures prévues par les projets de lois et les règlements sont susceptibles d'avoir des effets significatifs sur la santé. Le deuxième volet vise à assurer la diffusion et l'utilisation des connaissances favorisant l'exercice des responsabilités du ministre ainsi que celles des ministères et organismes. À cette fin, un programme de transfert de connaissances (synthèse et avis) et de recherche (subvention de recherche orientée par les besoins découlant des intentions gouvernementales quant à l'évolution des politiques publiques) est en préparation depuis l'été 2002.

Tant les outils de soutien aux ministères et organismes que le programme de transfert de connaissances et de recherche permettront d'obtenir de l'information au sujet de la nature et de la portée des effets significatifs sur la santé de la population afin d'éclairer les décisions des autorités gouvernementales.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2**Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.**

AXE D'INTERVENTION 1

Les efforts en matière de promotion, de prévention et de protection

OBJECTIF 4 Développer les activités de promotion, de prévention et de protection et les intégrer aux pratiques cliniques et dans les continuums de services.

CIBLE 1

Élaboration d'un plan d'action en santé publique, avec ses cibles particulières, portant sur la période 2001-2004

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion du plan d'action en santé publique.	Élaboration du plan d'action.	Atteint partiellement : 80 % Plan d'action achevé.
		Résultat (2002-2003) Atteint.
	Cible (2002-2003) Diffusion du plan d'action en santé publique.	Résultat (2002-2003) Atteint, à l'intérieur du <i>Plan de la santé et des services sociaux</i> : « Pour faire les bons choix ».

Commentaires

Le plan d'action des activités à entreprendre en santé publique pour assurer la mise en application des priorités de santé publique et répondre aux besoins de la population a été complété au cours de l'hiver 2002. Il n'a pas été diffusé à ce moment, mais a plutôt été intégré dans les travaux ministériels qui ont conduit au *Plan de la santé et des services sociaux : Pour faire les bons choix*, publié à l'automne 2002.

Ainsi, la troisième priorité du plan ministériel porte sur la prévention. Plusieurs mesures ont été définies dans le but d'informer la population sur son état de santé et de bien-être ainsi que sur les moyens à prendre pour se maintenir en santé, pour renforcer le partenariat avec les autres secteurs d'activité concernés

par la prévention et pour améliorer l'ensemble des services de santé publique offerts dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ces mesures permettent d'implanter l'ensemble des activités prévues dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*.

Enfin, les orientations décrites dans le plan ministériel servent de référence aux régies régionales de la santé et des services sociaux dans le cadre de leur planification stratégique et de l'élaboration de leur plan d'action régional en santé publique, prévu par la Loi sur la santé publique.

CIBLE 2

Plan d'action avec cibles particulières en matière de prévention du suicide

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Implantation de la Stratégie québécoise de prévention.	Développement de la gamme essentielle de services, dont l'intervention téléphonique en tout temps.	Atteint partiellement : 80 %.
Accessibilité téléphonique en tout temps.		Résultat (2002-2003)
Nombre de projets pilotes.		Atteint.
Préparation d'un plan d'action en prévention du suicide.	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
	Évaluation de la conception et de l'implantation d'un plan d'action plus général en prévention du suicide.	Atteint.

Présentation des résultats ou autres précisions

- Les résultats de la tournée régionale et nationale portant sur l'évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide ont été colligés.
- Le comité mixte MSSS-régies assure la coordination de la mise en œuvre de la stratégie québécoise.
- Trois programmes de formation ont été conçus pour les intervenants de première ligne en prévention du suicide, dont un dans les centres jeunesse.
- Un plan d'action devrait bientôt être rendu public. Il contiendra des mesures pour consolider la Stratégie québécoise d'action face au suicide et des interventions à l'intention des populations à potentiel suicidaire élevé.
- Le programme Solidaires pour la vie a été financé pour une période additionnelle de trois années. Il a permis et permettra encore de sensibiliser des milliers de jeunes des quatrième et cinquième secondaires aux manifestations de la dépression et aux ressources disponibles.

Commentaires

L'implantation du Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse devrait permettre d'améliorer le dépistage et de mieux traiter les adolescents suicidaires.

AXE D'INTERVENTION 2

Une première ligne de services comme assise du système**OBJECTIF 5**

Mettre en place, graduellement, des groupes de médecine de famille œuvrant soit en cabinet, soit en CLSC, avec responsabilité quant à la clientèle et quant à l'accès 24/7 aux services.

CIBLE 1**Développement d'au moins dix projets de GMF en 2001-2002**

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de projets implantés.	10 projets.	Aucun projet.
		Résultat (2002-2003)
		Atteint à 100 %.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Nombre de personnes inscrites auprès des médecins de famille.	10 projets. Enregistrer les premières inscriptions informatisées.	Atteint partiellement : 70 %. 9 651 personnes inscrites.

Commentaires

En avril 2002, 20 projets du groupe de médecine de famille (GMF) répartis dans 15 régions du Québec étaient dans la phase préparatoire en vue d'une demande d'accréditation au ministre. Ils regroupaient 333 médecins à temps partiel ou complet et avaient le potentiel de desservir 400 000 à 470 000 personnes selon les estimations faites par les médecins de leur clientèle actuelle. Le 14 novembre 2002, les deux premiers GMF furent accrédités par le ministre et, au total, 17 étaient accrédités au 31 mars 2003.

Le 1^{er} avril 2003, 9651 personnes étaient inscrites de façon informatisée dans 12 GMF à la suite du déploiement des équipements informatiques et de l'installation des logiciels nécessaires conçus par la RAMQ.

En juin 2002, une entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables en phase transitoire au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille a été signée. Cette entente devait devenir un puissant incitatif à se regrouper en GMF. L'effet incitatif s'estompait cependant à l'automne, après la signature d'une autre entente portant sur la rémunération des omnipraticiens excluant ceux des GMF.

En février 2003, les médecins des GMF retrouvaient cet effet incitatif en devenant éligibles également à ces autres conditions de rémunération pour l'ensemble des omnipraticiens.

Depuis l'automne 2003, les régies régionales sont responsables de promouvoir le déploiement des groupes de médecine de famille.

CIBLE 2**Implantation graduelle des groupes de médecine de famille (GMF) entre 2001 et 2004**

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Nombre d'ententes contractuelles.	20	17

Commentaires

Au 30 mars 2003, 17 GMF ont été accrédités par le ministre. À l'automne 2002, les régies régionales ont été mandatées pour établir des GMF sur leurs territoires.

Au 31 mars 2003, 95 projets de GMF sont en préparation, 14 chargés de projets régionaux sont en fonction et 71 chargés de projets locaux assistent les équipes médicales dans la préparation de leur association entre médecins, de l'entente de service avec les CLSC et de la convention avec la régie régionale, où l'on retrouve l'ensemble des services à offrir ainsi que les normes ministérielles d'aide technique et financières.

Les régies régionales ont pris l'engagement d'établir 90 GMF en 2003-2004 dans leur contrat de performance avec le MSSS.

Les orientations du MSSS et les objectifs poursuivis pour l'implantation des GMF sont partagés par les régies régionales. L'équipe de projet des groupes de médecine de famille s'appuie sur un comité de répondants ministériels, sur les directeurs régionaux des affaires médicales et universitaires ainsi que sur les chargés de projets régionaux qui, eux, font le pont avec les équipes médicales et les CLSC.

OBJECTIF 6 Compléter l'offre de services de base dans les CLSC.**CIBLE 1****Mise en œuvre des orientations sur la gamme de services de base offerts en CLSC à l'intention des jeunes et de leurs familles, de 2001-2002 à 2003-2004**

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion des orientations.	Diffusion en février 2002.	Diffusion reportée à l'automne.
Nombre de CLSC ayant une équipe de base pour les services jeunesse.	Le concept d'équipe de base sera défini dans les orientations. Cible à définir suite aux orientations.	Résultat (2002-2003) Atteint.

Suite du tableau

Indicateurs	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Nombre de CLSC qui offrent la gamme complète de services de base.	Mise en œuvre des orientations sur la gamme des services de base offerts dans les CLSC à l'intention des jeunes et de leurs familles, au cours des années 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004.	Lancement de la <i>Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille</i> le 7 juin 2002.

Commentaires

Le premier objectif de la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille, qui a été adoptée et mise en place, est d'offrir une gamme complète et commune de services de base aux jeunes et à leurs familles.

Des montants de 10 millions de dollars en 2001-2002 et de 15 millions de dollars en 2002-2003 ont été alloués pour le rehaussement et la consolidation des services de base offerts dans les CLSC.

En 2002-2003, les crédits alloués visaient à rehausser les services de base suivants pour les jeunes de 6-17 ans :

- services psychosociaux courants,
- soutien aux compétences parentales,
- intervention de crise,
- suivi intensif auprès des familles en difficulté,
- répit et dépannage.

CIBLE 2**Élaboration de la Politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de leurs proches en 2001-2002**

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion de la politique.		Atteint à 80 %.
		Résultat (2002-2003)
		Atteint : la politique a été publiée le 21 février 2003.

Commentaires

La politique de soutien à domicile a été publiée le 21 février 2003. Conçue à partir du rapport du comité mis sur pied pour réviser le cadre de référence (1994), la politique a fait l'objet de nombreuses consultations permettant ainsi de dégager des consensus entre les principaux intervenants : régies régionales, associations d'établissements, organismes communautaires et entreprises d'économie sociale.

La publication de la Politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de leurs proches ont donné lieu à l'élaboration d'un plan d'action sur le point d'être complété par la Direction générale des services à la population.

OBJECTIF 7 Mettre en place un système de services préhospitaliers d'urgence qui prend assise sur une chaîne complète d'interventions.

CIBLE 1

Implantation, en 2001-2002, des outils de gestion permettant un suivi adéquat des ressources dévolues aux services préhospitaliers d'urgence

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Charte des comptes liant les entreprises ambulancières (rubrique d'information financière).	Adoption d'une charte des comptes par toutes les entreprises ambulancières du Québec.	Atteint partiellement : 80 %. Des entreprises ambulancières et la Corporation d'urgences-santé ont adopté la charte des comptes.
		Résultat (2002-2003) Toutes les entreprises ambulancières et la Corporation d'urgences-santé ont adopté la charte des comptes.

Commentaires

Un comité composé de représentantes et de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, des régies régionales et des associations d'entreprises ambulancières a remis au ministre, en avril 2001, un document intitulé *Rubrique d'information financière* permettant de définir et d'uniformiser les postes budgétaires et les données opérationnelles des entreprises ambulancières.

Au cours de l'exercice financier 2001-2002, 80 % des entreprises avaient adopté la charte. Au 31 mars 2003, toutes les entreprises ambulancières et la Corporation d'urgences-santé ont adopté la charte des comptes.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Entrée en vigueur des contrats de services.	Préparation de l'entente type sur les services ambulanciers.	La préparation de l'entente type sur les services ambulanciers est achevée à 40 % et l'étude sur les coûts est complétée à 80 %.
		Résultat (2002-2003) La préparation de l'entente type sur les services ambulanciers est achevée à 80 % et l'étude sur les coûts est terminée.

Commentaires

L'étude sur les coûts a été complétée et déposée. Des travaux sont en cours en vue d'actualiser les paramètres de financement des entreprises ambulancières.

Les travaux liés à la préparation de l'entente type sur le contenu minimal d'un contrat de services liant les entreprises ambulancières et les régies régionales se sont poursuivis. Le 19 décembre 2002, le Ministère a déposé un projet de contrat de services. Les travaux sont toujours en cours et devraient être finalisés dans les premiers mois de l'année financière 2003-2004. Entre-temps, les contrats actuels ont été prolongés avec l'accord des régies régionales ainsi que des associations d'entreprises ambulancières.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Mise en place d'un service de navette multipatients.	Définition des paramètres qui encadrent la gestion du service de navette multipatients.	La définition des paramètres est terminée et l'appel d'offres est préparé à 20 %.
		Résultat (2002-2003)
		La préparation de l'appel d'offres est terminée.

Commentaires

En septembre 2001, le Conseil du trésor a approuvé un mémoire concernant la préparation d'un appel d'offres aux transporteurs privés relativement à la mise en place d'un service de navette multipatients, dans le secteur nord-ouest du Québec.

Les travaux visant la préparation de l'appel d'offres ont été complétés. Une étude sur le profil clinique des usagers du service a été réalisée durant l'année financière 2002-2003. Cette étude a permis de préciser les besoins afin de définir les paramètres de l'appel d'offres. Les autorisations pour le lancement de l'appel d'offres ainsi que la mise en opération de la navette sont prévues pour le premier semestre de l'année 2003-2004.

CIBLE 2

Élaboration, en 2001-2002, du protocole d'entente définissant les responsabilités et les modes de financement des services de premiers répondants, en collaboration avec les associations municipales

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Entrée en vigueur d'un protocole d'entente sur les services de premiers répondants.	Élaboration d'un protocole d'entente.	Atteint partiellement : 80 %.
		Résultat (2002-2003)
		Atteint partiellement : 80 %.

Commentaires

Les travaux conduisant à l'élaboration du protocole d'entente liant le Ministère, l'Union des municipalités du Québec (UMQ), la Fédération québécoise des municipalités (FMQ), le ministère des Affaires municipales et de la Métropole (MAMM) et le ministère de la Sécurité publique (MSP) ont permis, au cours de l'année financière 2001-2002, de statuer sur les rôles et les responsabilités des parties dans la mise en place des services de premiers répondants ainsi que sur les mécanismes opérationnels.

Les travaux sont toujours en cours et seront finalisés au cours de la prochaine année. Ils devraient permettre de statuer sur le partage des coûts entre le MSSS et les municipalités, et ainsi d'harmoniser le déploiement des équipes de premiers répondants actuellement sur le terrain.

CIBLE 4

Intégration fonctionnelle, à partir de 2003-2004, de l'ensemble des acteurs offrant des services préhospitaliers d'urgence, notamment par la mise en place de centrales de coordination santé (CCS)

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de centrales en service.	Quatre CCS sur huit au moment de l'échéance fixée en 2003-2004.	À la fin de l'année, 40 % des centrales de coordination santé sont fonctionnelles.
	Cibles (2002-2003)	Résultats (2002-2003)
Indicateur de faisabilité.	Évaluation de la faisabilité d'un financement des CCS à partir d'une taxe (charge) sur les lignes téléphoniques.	Hypothèse rejetée en juin 2002 (jugée irréalisable après analyse).
Nombre de CCS en service.	Mise en service ou consolidation des CCS de Québec, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, et du Nord-du-Québec et de Montréal-Laval (Urgences-santé).	Complétée en septembre 2002 (25 % des CCS sont fonctionnels, soit 2 sur 8).
Proportion des citoyens desservis par une centrale régionale.		On estime que 92 % des citoyens du Québec sont desservis par au moins une centrale régionale consolidée.
Degré de consolidation territoriale des centrales régionales actuelles.	Consolidation du territoire des autres centrales régionales, en vue de leur intégration à un CCS multirégional.	Sept. 2002 : toute la région de la Mauricie-Centre-du-Québec est intégrée à la centrale de Trois-Rivières. Juin 2002 : la région de l'Estrie est intégrée à la centrale de Sherbrooke.

Commentaires

La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant diverses dispositions législatives définit cinq des huit CCS. Tous les conseils d'administration (ou comités de gestion) de ces CCS sont créés, au 31 mars 2003, en vertu de la Loi sur les Services préhospitaliers d'urgence.

Une lettre ministérielle autorise la création, en 2003-2004, d'un CCS dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et d'un autre CCS en Estrie, ce qui porte à six le nombre de projets de CCS autorisés sur huit.

Seuls les CCS de l'Ouest-du-Québec (régions 07, 08 et 10-Ouest) et de Laurentides-Lanaudière n'ont pas encore été approuvés par le ministre.

CIBLE 5**Adoption du projet de loi sur les services préhospitaliers d'urgence**

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Encadrement des services préhospitaliers d'urgence.	Adoption du projet de loi 96.	Atteint : le projet de loi a été adopté en décembre 2002.

Commentaires

La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant diverses dispositions législatives a été déposée à l'Assemblée nationale par le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux le 7 mai 2002. Le projet de loi a franchi les différentes étapes législatives durant le printemps et l'automne 2002. Il a été adopté le 18 décembre 2002, puis sanctionné le 19 décembre 2002.

Comme il est stipulé dans son objet, la loi « vise à ce que soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse ».

À cette fin, elle encadre l'organisation des services préhospitaliers d'urgence et favorise leur intégration et leur harmonisation à l'ensemble des services de santé et des services sociaux. Elle identifie les services à mettre en place, les différents acteurs de cette organisation et précise les droits, rôles et responsabilités de ces derniers.

AXE D'INTERVENTION 3

La qualité, la continuité et la coordination des interventions

OBJECTIF 8 Faire de la gestion des risques une préoccupation majeure pour les établissements de santé.

CIBLE 1**Étude sur les taux d'incidence et les causes probables des effets indésirables et des accidents évitables dans la prestation des soins de santé en 2001-2002**

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion des résultats de l'étude.	Étude sur les causes par la création d'une grille et la révision du formulaire du rapport d'incident / accident AH-223.	Non atteint.
		Résultat (2002-2003) Un rapport a été présenté par CIRANO en mai 2003.
	Cible (2002-2003) Volet complémentaire québécois de l'étude pan-canadienne sur l'incidence des événements indésirables dans les hôpitaux.	Résultat (2002-2003) Mandat confirmé au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal en avril 2003.

Commentaires

Le comité ministériel chargé d'examiner le phénomène des accidents médicaux évitables au Québec, présidé par M. Jean Francoeur, a remis au ministre, en février 2001, un rapport intitulé *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé – La gestion des risques, une priorité pour le réseau*. Le rapport recommande notamment :

- la réalisation d'une recherche ayant comme objectif de faire connaître le taux d'incidence des effets indésirables et des accidents évitables, leurs causes probables et la gravité des préjudices qu'ils entraînent ;
- la mise en place d'une équipe ministérielle chargée d'implanter les mesures et la création d'un comité permanent de soutien à la gestion des risques et de la qualité.

Suivant ces recommandations, le ministre créait, en septembre 2001, le Groupe national d'aide à la gestion des risques et à la qualité. À la suite de l'examen des recommandations du rapport Francoeur, le groupe a décidé de préciser les orientations de la recherche :

- 1) en l'axant sur l'analyse des causes des accidents médicaux, à partir de l'étude des dossiers des assureurs et du Bureau du coroner, pour en arriver à la création d'une grille permettant d'évaluer les risques de tel ou tel accident en vue de mieux gérer le phénomène des accidents évitables et de les prévenir. Cette recherche a été entreprise par le Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO) au printemps 2002. Le rapport final a été déposé au bureau du ministre en mai 2003 ;
- 2) en recommandant un volet complémentaire québécois de recherche au projet pan-canadien financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et portant sur l'incidence des événements indésirables dans les hôpitaux. La recherche canadienne qui prévoit l'étude de 3 720 dossiers dans 5 provinces du Canada, dont 784 au Québec, a débuté à l'automne 2002. Le volet complémentaire québécois comprendra l'étude de 1 000 dossiers dans 10 CH additionnels du Québec ; cette étude a commencé en mai 2003. Le rapport concernant le Québec est attendu pour l'hiver 2004.

CIRANO a reçu un deuxième mandat du Ministère pour mener une étude de démonstration portant sur la grille d'analyse des causes et le formulaire AH-223, sur le schéma national de report des données, sur l'analyse, aux niveaux local et national, de l'informatisation et de l'adaptation des outils aux différents types d'établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux, ainsi que sur l'évaluation des coûts et des bénéfices de la grille et de l'analyse des données.

Le Ministère a chargé la Direction de l'organisation des services médicaux et de l'excellence clinique d'implanter certaines des mesures proposées et d'en effectuer tant le suivi que le soutien administratif. L'implantation de ces mesures va bon train.

CIBLE 2**Révision de l'encadrement législatif, réglementaire et administratif, en 2002-2003, et renforcement des mécanismes d'information à l'utilisateur**

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Dépôt des modifications législatives.	Dépôt et adoption du projet de loi n° 113.	Atteint : adoption et sanction du projet de loi n° 113 le 19 décembre 2002.

Commentaires

Dans le rapport du Comité ministériel d'examen du phénomène des accidents médicaux évitables au Québec, il est mentionné que la sécurité du patient et la prestation sécuritaire des services sont totalement passées sous silence dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. En conséquence, le comité propose des modifications à la Loi, visant notamment :

- à inclure le terme « sécurité » dans le texte de la loi ;
- à confirmer le droit des patientes et des patients de recevoir l'information pertinente en ce qui concerne tant les accidents dont ils sont victimes au cours de la prestation des services reçus et qui sont susceptibles d'entraîner des conséquences sur leur état de santé ou sur leur bien-être que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour en prévenir la répétition ;
- à prévoir la responsabilité des différentes instances relativement à la sécurité des services donnés et l'obligation, pour tout membre du personnel et, toute personne professionnelle, de déclarer tout incident ou accident constaté ;
- à constituer et à maintenir à jour des registres locaux et national sur les incidents et accidents survenus au cours de la prestation de services aux fins de surveillance et d'analyse des causes, la prise de mesures qui peuvent s'en suivre visant à en prévenir la répétition ainsi que l'utilisation de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Le suivi des amendements législatifs et des nouvelles obligations fixées aux différentes instances ainsi que l'implantation des mesures qui en découlent sont amorcés et poursuivront leur cours en 2003-2004.

OBJECTIF 9

Mettre en place des réseaux de services intégrés, pour des clientèles plus vulnérables en raison d'une perte d'autonomie.

CIBLE 1**Mise en œuvre des orientations ministérielles à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie**

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de territoires où existent des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie.	Mise en œuvre des orientations ministérielles à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie.	Atteint partiellement : 20 %.
		Résultat (2002-2003) Atteint partiellement : 35 %.

Présentation des résultats ou autres précisions

L'implantation des réseaux de services intégrés nécessite la mise en œuvre des dix composantes prévues dans les orientations ministérielles et dont le bilan de l'année 2002-2003 figure dans le tableau suivant :

Implantation des composantes dans 16 régions

Composante	Étape de planification	En cours de réalisation	Réalisée
Guichet unique	4	5	7
Système d'évaluation	–	12	4
Système de communication	1	5	–
Gestion de cas	5	5	5
Équipes locales	6	5	4
Groupe de médecine de famille *	2	10	1
Équipes de gériatrie	4	4	1
Mécanisme de concertation	6	6	4
Budget personnes âgées en perte d'autonomie	2	7	–
Responsable local	3	5	1

* 17 groupes de médecine de famille sont accrédités.

Commentaires

L'implantation des réseaux de services intégrés entraîne une transformation importante de l'organisation des services et implique le déploiement de dix composantes. Afin que l'implantation puisse se poursuivre et se réaliser conformément aux objectifs poursuivis, il est essentiel que tous les acteurs puissent en avoir une compréhension commune. À cet effet, un cadre de référence est en préparation. Cette année, l'effort a porté sur le système d'évaluation et le système de gestion de cas.

Le cadre de référence, qui contient un ensemble de définitions et de concepts, permettra de faire un pas de plus dans la mise en place de ces réseaux de services intégrés.

CIBLE 2

Révision et poursuite de la mise en œuvre des cibles prioritaires en santé mentale, dont les réseaux de services intégrés pour les personnes ayant des troubles graves et persistants

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Nombre de territoires où sont implantés des réseaux de services intégrés en santé mentale.		L'instauration des réseaux de services est en cours dans toutes les régions du Québec.

Commentaires

Dans toutes les régions du Québec, il y actuellement des réseaux de services intégrés en santé mentale.

Suivi de la transformation par des indicateurs

- Au cours de l'année 2002, le nombre de lits pour offrir des services d'hospitalisation en psychiatrie adulte était de 0,47/1 000 personnes. La norme prévue dans le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (0,4 lit/1 000 personnes adultes), est donc pratiquement atteinte.
- La proportion des dépenses consacrées à des hospitalisations est passée de 63,2 % en 1994-1995 à 49 % en 2001-2002, ce qui permet ainsi que 51 % des dépenses portent sur d'autres types de services pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale graves.

Révision et poursuite de l'atteinte des cibles prioritaires

- Avril 2002 :

Publication des lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale.

Ce document a été préparé en collaboration avec les membres du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale. Les paramètres guidant la mise en place des réseaux locaux y sont présentés afin que les régies régionales puissent la soutenir.

- Octobre 2002 :

Publication des lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté.

Ces lignes directrices ont été préparées afin de soutenir le travail des gestionnaires qui ont à implanter différentes mesures de soutien pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale.

En mars 2003, le mandat du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale se terminait. Le rapport de ce groupe est attendu au MSSS ; il portera sur les réalisations et les travaux en cours qui devraient être complétés.

Au cours des dernières années, les efforts conjugués du MSSS, du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale et des régies régionales ont permis d'apporter des améliorations concrètes à l'ensemble des services offerts aux personnes présentant des problèmes de santé mentale graves. L'année 2002 était l'échéance prévue pour la mise en œuvre du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale qui vise particulièrement les services à ces personnes. Cette transformation est bien amorcée, mais elle doit encore se poursuivre.

L'année 2003 sera l'occasion d'achever l'implantation de ce plan d'action et de donner une nouvelle perspective aux travaux en santé mentale, afin d'améliorer l'accès aux services pour d'autres groupes.

OBJECTIF 10 Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes.

CIBLE 2

Suivi intensif auprès de 9 000 enfants pour qui le risque est élevé d'éprouver des problèmes d'adaptation sociale

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de parents et de jeunes bénéficiant du programme de services et de suivi intensif.	Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP): implantation partielle (environ 1 CLSC par région) du programme pour les enfants de 0 à 1 an.	Non atteint: reporté en 2002-2003.
	Cible (2002-2003) Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP): implantation partielle (environ 1 CLSC par région) du programme pour les enfants de 0 à 1 an. Déploiement complet du PSJP dans l'ensemble des territoires de CLSC du Québec.	Résultat (2002-2003) Atteint: implantation dans 17 territoires de CLSC. Atteint partiellement: le déploiement complet sera terminé à l'été 2003.

Commentaires

Le programme cadre de soutien aux jeunes a été implanté dans dix-sept territoires de CLSC (soit un CLSC par région, sauf dans la région de Montréal-Centre où il y a deux CLSC).

Les plans d'implantation du PSJP dans tous les territoires de CLSC du Québec ont été soumis au MSSS par les représentants des régies régionales.

Une tournée provinciale servant à déterminer les besoins de formation a été effectuée et un programme de formation continue à l'intention des intervenants est en préparation.

Le programme de formation continue sera offert aux intervenants à compter de septembre 2003. De plus, un appel d'offres sera lancé afin d'évaluer de façon rigoureuse l'implantation et les effets à court, à moyen et à long termes du programme.

CIBLE 3**Élaboration, en 2001-2002, d'une stratégie de mise en œuvre des orientations à l'égard des personnes atteintes d'une déficience physique**

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion de la stratégie de mise en œuvre des orientations à l'égard des personnes ayant une déficience physique et de leurs proches.	Élaboration d'une stratégie.	Atteint partiellement : 20 %.
		Résultat (2002-2003) Atteint partiellement : 75 %.

Commentaires

À partir du Portrait de situation sur les orientations ministérielles en déficience physique et des pistes de solution proposées, le groupe de travail, – composé de personnes représentant le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les régions régionales, les établissements de santé et de services sociaux, l'Office des personnes handicapées du Québec ainsi que le milieu associatif des personnes handicapées – a défini les actions prioritaires et mis à jour les orientations ministérielles. La stratégie présentera des actions concrètes en ce qui concerne l'accès aux services courants et spécialisés à offrir, la qualité des interventions, les outils de gestion et la définition des principales composantes du programme en déficience physique. La stratégie s'adressera à une diversité d'acteurs afin de fournir aux personnes atteintes et à leurs proches des réponses à leurs besoins particuliers et de favoriser leur pleine participation sociale.

Un plan d'action portant sur la déficience du langage et de la parole est en préparation et sera terminé en juin 2003. Le MSSS a coordonné un groupe de travail réunissant les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, le ministère de l'Éducation ainsi que le ministère de la Famille et de l'Enfance.

Par ailleurs, divers travaux menés par le MSSS, en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux, ont permis d'améliorer la gestion des programmes d'aides techniques (révision de guides de gestion, simplification de processus administratif, etc.). De même, le MSSS a entrepris la révision des programmes d'aides auditives et d'aides visuelles.

Au cours de l'année 2002-2003, le MSSS a à nouveau alloué une somme reconductible de 10 millions de dollars, soit 7,3 millions de dollars pour les services et 2,7 millions de dollars pour les aides techniques. Ces sommes ont permis de répondre aux besoins les plus urgents dans chacune des régions du Québec.

Divers travaux du MSSS et d'autres menés conjointement avec le ministère de l'Éducation visent l'amélioration des services aux personnes présentant une déficience physique :

- l'élaboration de la politique de soutien à domicile ;
- l'étude sur les besoins de main-d'œuvre spécialisée dans le secteur de la réadaptation et la préparation d'un plan d'action dont certaines mesures ont été mises en place, par exemple le décontingement de disciplines universitaires et le développement de programmes de 2^e cycle spécialisés en réadaptation physique, etc. ;

- le développement en cours du système d'information clientèle en déficience physique (SIC-DP), qui permettra d'avoir une vision d'ensemble des informations statistiques.

CIBLE 4.1

**Poursuite de la mise en œuvre des programmes et
du plan d'action pour les personnes atteintes de cancer**

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Mise en œuvre du Programme québécois de lutte contre le cancer.	Poursuite de la mise en œuvre du programme.	Atteint.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
	Poursuite de la mise en œuvre du programme.	Atteint.

Commentaires

En avril 1998, le Ministère lançait le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC), qui offrait une perspective d'ensemble des mesures à prendre pour mieux prévenir et guérir le cancer. Au printemps 2001, le Ministère, dans sa volonté d'intégrer les différents aspects du PQLC, a mis sur pied le Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec (CCLCQ), dont le mandat est de coordonner les ressources (intraministérielles et extraministérielles) et les moyens pour atteindre les objectifs visant la diminution de l'incidence du cancer et de la mortalité qui y est liée.

Au cours de la dernière année, le Centre a notamment soutenu financièrement les régions régionales en octroyant une somme de 60 000 \$ à chacune d'entre elles, pour les aider à réaliser le triple mandat relatif à l'implantation du PQLC, soit : la mise en place d'un comité régional de lutte contre le cancer, la réalisation d'un état de situation permettant de caractériser l'avancement de la lutte contre le cancer dans la région et l'élaboration d'un plan d'action formulé à partir des constats observés dans l'état de situation. Il a également soutenu l'action des régions par la production de données nationales et de données régionales, l'élaboration d'outils et l'organisation de séances de travail visant à standardiser l'élaboration des états de situation régionaux sur l'avancement de la lutte contre le cancer.

Les états de situation ont été remis au cours de l'année 2002. Un portrait de la lutte contre le cancer dans les régions du Québec sera produit, par l'équipe du Centre, au début de l'année 2003-2004. Le Centre entend donc poursuivre ses démarches afin de consolider les liens entre les différents partenaires actifs dans la lutte contre le cancer.

La mise en place d'un projet pilote visant l'augmentation des heures de services en radio-oncologie et la possibilité de transférer certains malades à l'intérieur du réseau d'établissements québécois contribue principalement à traiter en radiothérapie des personnes ayant un cancer du sein ou de la prostate dans les meilleurs délais et ainsi diminuer les listes d'attente.

De plus, du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, 150 patients ont été transférés dans un établissement québécois, principalement à Trois-Rivières. La mesure visant l'augmentation des heures de services en radio-oncologie se poursuit jusqu'en

août 2003, alors que l'arrivée d'une nouvelle cohorte de technologues en radio-oncologie devrait permettre de mieux répondre aux besoins de traitement de la population québécoise.

Au total pour la période d'avril 2002 à mars 2003, on estime que 17 434 personnes ont reçu des traitements en radio-oncologie dans les centres de radio-oncologie du Québec, soit une augmentation de 3,35 % par rapport à la période d'avril 2001 à mars 2002 et de près de 13,5 % par rapport à celle d'avril 1999 à mars 2000.

Pour 2003-2004, considérant la problématique reconnue dans la lutte contre le cancer, un groupe de travail a été formé afin d'identifier les dossiers prioritaires à cibler au cours des trois prochaines années et de proposer une organisation favorisant un leadership provincial efficace en la matière.

Évolution du nombre de patients transférés au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Du 1 ^{er} avril 2000 au 31 mars 2001	Du 1 ^{er} avril 2001 au 31 mars 2002	Du 1 ^{er} avril 2002 au 31 mars 2003	Total
81	178	150	409

Nombre de patients traités en radio-oncologie

D'avril 1999 à mars 2000	D'avril 2000 à mars 2001	D'avril 2001 à mars 2002	D'avril 2002 à mars 2003
15 367	16 485	16 869	17 434 *
Écart entre les périodes allant d'avril 2002 à mars 2003 et d'avril 2001 à mars 2002		Écart entre les périodes allant d'avril 2002 à mars 2003 et d'avril 1999 à mars 2000	
3,35		13,5	

* Estimation sur la base de 8 717 personnes traitées entre le 1^{er} avril 2002 et le 30 septembre 2002.

CIBLE 4.2

Poursuite de la mise en œuvre des programmes et du plan d'action pour les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique ou d'insuffisance cardiaque

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Poursuite de la mise en place des projets.	Réalisation des projets dans les régions qui ont ciblé ces clientèles.	Atteint partiellement dans ces régions : 80 %.
		Résultat (2002-2003)
		Atteint dans ces régions à 100 %.

Commentaires

Projets mis en place dans certaines régions

Toutes les régions qui ont été ciblées ont réalisé les projets présentés. Les services pour les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et d'insuffisance cardiaque (IC) dans ces régions ont été consolidés.

Production d'outils de formation destinés au personnel du réseau

La maladie pulmonaire obstructive chronique et l'insuffisance cardiaque sont des maladies chroniques qui exigent une approche adaptée à la situation particulière de chacune des personnes qui en sont atteintes. Compte tenu que ces maladies sont incurables, il faut préconiser une approche globale et interdisciplinaire qui favorise la participation de la personne atteinte et une complémentarité des différents intervenants.

Afin de soutenir les intervenants impliqués dans ces services, un programme de formation est disponible. Ce programme de formation vient soutenir la consolidation ou la mise en place des services dans les régions. Il est composé de treize modules qui touchent notamment les dimensions psychologiques, l'examen physique, la pharmacologie, le contrôle de la décompensation de l'IC ou de l'exacerbation de la MPOC et la physiopathologie.

CIBLE 5

Implantation des orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Le nombre de mesures du plan d'action mises en place.	Commencement des travaux en ce qui concerne la plupart des mesures sous la responsabilité du MSSS (26 sur 59).	Atteint partiellement : 80 % 22 mesures sur 26 sont réalisées ou en voie de l'être.
		Résultat (2002-2003) Les 26 mesures sous la responsabilité du MSSS sont réalisées ou en voie de l'être.

Commentaires

Le premier Plan d'action en matière d'agression sexuelle a été adopté en mars 2001. En 2002-2003, toutes les mesures relevant du Ministère sont mises en place ou en voie de l'être, dont :

- le lancement d'une campagne de sensibilisation contre les agressions sexuelles : la campagne s'adressant aux jeunes en était à sa deuxième année en 2002-2003. Quant à la campagne s'adressant aux adultes, les travaux ont débuté au cours de l'année et la diffusion des activités sera faite après l'obtention d'une approbation officielle ;
- la diffusion, l'implantation et le suivi du guide d'intervention médico-légale pour répondre aux besoins des victimes des agressions sexuelles : une révision du guide est actuellement en cours et la nouvelle version sera prête en septembre 2003 ;
- la consolidation du financement des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) et l'ouverture de nouveaux centres ;
- la consolidation du financement des organismes Espace afin de favoriser l'organisation d'activités de prévention en matière d'agression sexuelle ;
- le choix et l'implantation des centres désignés pour recevoir les victimes d'agression sexuelle : actuellement, les centres désignés sont implantés ou en voie de l'être dans la majorité des régions du Québec ;

- la formation pour l'intervention médico-sociale auprès des victimes d'agression sexuelle : en 2002-2003, une formation de formateurs a été conçue et donnée à des experts des différentes régions pour que chaque région ait sa propre équipe de formateurs ;
- l'organisation de services pour les agresseurs sexuels : un comité de spécialistes sur le traitement des agresseurs sexuels a effectué des travaux pour proposer un modèle d'organisation des services. Un rapport préliminaire a été présenté au MSSS et un document final est en cours de rédaction ;
- L'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'agression sexuelle, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique : des activités de formation et d'appropriation de l'entente multisectorielle se sont poursuivies dans toutes les régions du Québec. Le groupe de travail mis sur pied pour le suivi de l'implantation de l'entente multisectorielle a élaboré, entre autres, un cadre d'évaluation de l'implantation de l'entente.

Au cours de l'année 2002-2003, un montant de 5,5 millions de dollars a été alloué pour ces services.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre des orientations gouvernementales sont sous la responsabilité du Comité interministériel en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle dont le MSSS est membre.

L'implantation des différentes mesures nécessite l'engagement de nombreux partenaires sur le terrain. Le rôle assumé par les régies régionales dans la coordination intersectorielle est considérable.

OBJECTIF 11 Atteindre une performance maximale dans l'utilisation et le fonctionnement des services d'urgence.

CIBLE 1

**Poursuite de la mise en œuvre du plan d'action intitulé
*Relever ensemble le défi des urgences***

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution de la durée des séjours à l'urgence.	10 heures	Atteint partiellement : dans 40 % des urgences, la durée moyenne des séjours est de moins de 11 heures et dans 60 % des urgences, la durée moyenne est de plus de 11 heures.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Séjour moyen sur civière dans les salles d'urgence et taux d'occupation des civières.	12 heures	Atteint partiellement : dans 46 % des urgences, la durée moyenne du séjour sur civière est de 12 heures ou moins et dans 54 % des urgences, la durée moyenne est supérieure à 12 heures.

Répartition des résultats selon les régions

Régions	Taux d'occupation moyen	Durée moyenne de séjour (en heures)	Pourcentage des patients de 48 heures
01	80,6 %	11,1	3,3 %
02	64,0 %	8,8	0,8 %
03	112,6 %	12,6	2,4 %
04	101,8 %	12,4	2,0 %
05	100,9 %	11,3	2,6 %
06	138,0 %	21,5	11,6 %
07	103,3 %	15,5	7,0 %
08	115,5 %	12,8	4,7 %
09	90,9 %	11,2	2,8 %
11	59,6 %	9,8	0,5 %
12	95,6 %	11,5	0,7 %
13	133,9 %	16,2	2,2 %
14	161,4 %	18,2	7,3 %
15	126,5 %	11,2	3,1 %
16	138,6 %	20,2	10,3 %

Commentaires

Dans les régions 06, 07, 13, 14 et 16, la durée moyenne des séjours est au-dessus des normes et la situation s'est détériorée au cours de l'année 2002-2003. Par contre, elle s'est améliorée dans la région 03 qui se retrouve maintenant dans les normes. Dans les autres régions, la durée moyenne des séjours répond aux normes. Du côté des établissements, dans 48 urgences sur un total de 89, on enregistre des durées de séjour au-dessus des normes; dans 33 cas, la situation s'est détériorée et dans 14, elle s'est améliorée bien que les normes ne soient toujours pas respectées.

Comme explications à la détérioration de la situation concernant les indicateurs, et bien que le nombre d'usagers sur civière soit stable cette année, on peut avancer les faits suivants: l'augmentation de l'importance des besoins des usagers, reflétée par la proportion grandissante du nombre de personnes âgées; les problèmes d'espace physique (pour près de 50 % des salles d'urgence, il existe des projets de rénovation ou de construction); les fermetures de lits pour les soins de courte durée ou occupés par des personnes ayant besoin de soins de longue durée; la pénurie de ressources professionnelles (médecins, infirmières, autres professionnels); le fonctionnement interne de l'urgence; les difficultés liées à l'accessibilité en première ligne; le manque de ressources en aval; le manque de corridors définis et le manque de ressources financières. Il est à noter que, malgré cette détérioration, les hospitalisations ont diminué de 4,1 %. Ceci peut s'expliquer par une meilleure analyse de la pertinence des admissions ou par la mise en place de solutions remplaçant l'hospitalisation, mais également par une diminution du nombre de lits accessibles dans l'hôpital.

Les principales actions prises concernant les urgences engorgées se résument en premier lieu à l'accompagnement, par le Comité d'experts du Centre de coordination nationale sur les urgences (CECCNU), des établissements qui en ont

fait la demande et à des analyses ponctuelles portant sur certains établissements en période de crise. Actuellement, les accompagnements du CECCNU se chiffrent à quatorze et trois autres devraient s'y ajouter bientôt, pour un total de 17 établissements. Parmi ces accompagnements, deux se rapportent à des urgences qui démontrent davantage des problèmes de performance que de congestion (Hôpital général du Lakeshore et Hôtel-Dieu de Sorel). Un profil des établissements a été établi dans le cadre de ces accompagnements pour permettre de mieux analyser les causes des problèmes et ce qui contribue à l'engorgement des urgences. Ce profil sera prochainement mis à la disposition de tous les établissements.

Liste des établissements qui bénéficient ou bénéficieront sous peu de l'accompagnement du CECCNU

- Accompagnement depuis plus de six mois :
 - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal,
 - CHUM – Hôpital Notre-Dame,
 - Hôpital Maisonneuve-Rosemont,
 - Hôpital Santa-Cabrini,
 - Hôpital Fleury,
 - Hôpital Charles-Lemoyne,
 - Cité de la Santé de Laval,
 - Centre hospitalier des Vallées-de-l'Outaouis – Hôpital de Hull.
- Accompagnement depuis moins de six mois :
 - Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur,
 - Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins,
 - Centre hospitalier Pierre-Boucher,
 - Centre hospitalier des Vallées-de-l'Outaouis – Hôpital de Gatineau.
- Accompagnement à venir :
 - CHUM – Hôtel-Dieu,
 - CHUM – Hôpital Saint-Luc,
 - Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Accompagnement portant sur le suivi de la performance :
 - Hôtel-Dieu de Sorel,
 - Hôpital général du Lakeshore.

En plus des accompagnements, certaines situations ou demandes plus ponctuelles ont justifié de faire des états de situation avec analyses comparatives. La crise des médecins spécialistes est un exemple de situation imprévue qui a nécessité un suivi serré des urgences. Les risques de rupture par manque de personnel médical et infirmier ont également nécessité des visites ad hoc dans plusieurs urgences l'été dernier. La période des fêtes, tout comme la période estivale, constitue souvent des périodes d'achalandage que l'on considère comme des pics dans les urgences. Dans toutes ces situations, une interaction continue avec les régies régionales est alors mise en place par des mécanismes de communication parfois quotidiens, comme des appels conférences, et des états de situation.

Pendant les mois d'hiver (périodes 10, 11, 12 et 13 de l'année financière), les établissements bénéficient d'un soutien financier pour faire face à l'encombrement des urgences. L'allocation pour l'année 2002-2003 a été de 50 millions de dollars.

Dans les plus récentes actions, des rencontres avec les autorités de certaines régions – dont celles de Québec, de Montréal et de la Montérégie – ont permis de mettre en place des mécanismes en cas de situation critique d'encombrement. Plus précisément, un plan de gestion des débordements, un document sur les mesures essentielles et un autre sur les modalités de suivi ont été présentés aux régies régionales et à leurs établissements pour les aider dans leur suivi. Une rencontre est également prévue prochainement avec les autorités de la région de Lanaudière pour poursuivre la même démarche.

Parmi les réalisations qui ont été faites par le CCNU avec la collaboration du CECCNU, citons :

- La répartition des montants d'argent pour l'hiver 2002-2003 ;
- Les travaux en cours pour l'ajout de nouveaux chapitres au *Guide de gestion de l'unité d'urgence* ;
- Le document sur la catégorisation des unités d'urgence (octobre 2002) ;
- Le plan de gestion du débordement de l'unité d'urgence (mars 2003) ;
- Les rapports de visites *ad hoc* diverses (entre autres, pour éviter les ruptures de service à l'été 2002) ;
- Le document sur la méthodologie d'accompagnement des centres hospitaliers (novembre 2002) ;
- La conception d'un outil de travail pour l'accompagnement selon les profils des établissements ;
- Le rapport d'évaluation sur l'accompagnement d'établissements connaissant des problèmes d'encombrement et de fonctionnement à l'urgence (janvier 2003) ;
- La priorité donnée aux projets d'immobilisation et aux avis de pertinence.

La situation des urgences en région rurale risque d'inquiéter encore à l'été puisque la pénurie de ressources médicales perdure. Un projet de révision de la catégorisation des unités d'urgence a été déposé par le CECCNU. On y propose, pour avoir un effet positif sur cette problématique, de diminuer le nombre d'unités d'urgence et de mieux répartir les ressources médicales, particulièrement la nuit dans certaines urgences peu achalandées. Ce changement devra s'accomplir en collaboration avec les régies régionales ; il nécessite la mise en place de conditions préalables, telles que la bonification du système préhospitalier, la formation des infirmières ainsi que des protocoles et des ententes intrarégionales.

Afin d'améliorer la situation des urgences, le Ministère a entrepris des travaux portant sur l'organisation du travail à l'urgence, au regard de la pénurie du personnel infirmier.

Pour la prochaine année, le Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) continuera de fournir l'aide nécessaire aux établissements qui éprouvent des difficultés dans l'application du *Guide de gestion de l'unité d'urgence*. Les modalités du processus d'accompagnement sont en révision actuellement, en collaboration avec les experts, les régies régionales et les établissements concernés par la question. Un montant de 25 M\$ a été octroyé afin de réduire les problèmes d'encombrement dans les urgences. De cette somme, 12 M\$ ont été mis à la disposition des régions pour des mesures touchant les clientèles de la longue durée et 13 M\$ pour des mesures liées directement aux centres

hospitaliers (lits tampons, coordonnateur médical). Les modalités de répartition budgétaire ont été définies par le CCNU. De concert avec les régies régionales, des cibles à atteindre ont été établies en fonction des indicateurs suivants : durée moyenne de séjour globale des patients admis et pourcentage de patients séjournant plus de 48 heures. Le montant de 25 M\$ est récurrent, mais la répartition sera revue chaque année, selon les résultats.

AXE D'INTERVENTION 4

La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux

OBJECTIF 12 Procéder à la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers.

CIBLE 1

Identification des services médicaux et hospitaliers de 1^{re}, 2^e et 3^e ligne et des liens entre ces trois niveaux de services, à compter de 2002-2003

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Diffusion d'un cadre de référence.	2002-2003	Atteint partiellement : 80 %.

Commentaires

La première partie du cadre de référence est déposée. Elle comprenait la revue de littérature, l'analyse du contexte québécois de l'organisation hospitalière ainsi qu'une hypothèse de réflexion tournant autour du modèle « hospitaliste » américain quant aux suites à donner à l'organisation des services hospitaliers en 2^e ligne.

Le comité ministériel en est arrivé à la constatation que l'approche préconisée doit davantage être basée sur le sens clinique, qui doit guider le cheminement du patient à travers l'organisation hospitalière, plutôt que sur une approche bureaucratique s'appuyant sur des normes relatives au nombre de lits, l'organisation hiérarchique et la fusion d'établissements.

Cette approche cible diverses dimensions organisationnelles des services hospitaliers et est portée par les dispensateurs de soins que sont les médecins. Tantôt l'organisation médicale est basée sur la médecine interne, tantôt sur les médecins spécialistes, tantôt sur les omnipraticiens et parfois sur un mélange des trois.

La deuxième étape consistera à mieux définir cette organisation en collaboration avec les associations médicales, les universités, les régies régionales et tout autre organisme susceptible de connaître les éléments nécessaires à la détermination des services qui doivent être donnés dans les hôpitaux généraux et spécialisés de 2^e ligne à partir du modèle « hospitaliste » proposé.

Les cibles fixées sont atteintes dans le sens où la hiérarchisation des services médicaux hospitaliers est un domaine très vaste et diversifié. Nous devons procéder par étapes, la première étant terminée.

CIBLE 2**Catégorisation des centres hospitaliers locaux et régionaux en 2002-2003**

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Diffusion d'un modèle d'organisation des services hospitaliers de 2 ^e ligne.	Mars 2003	Atteint partiellement : 80 %

Commentaires

Le comité de travail ministériel a terminé la première étape de son mandat consistant à définir ce qui constitue l'univers de la hiérarchisation des services hospitaliers dans le développement du continuum de soins. Dans ce travail, le modèle « hospitaliste » est proposé comme base à la discussion sur l'organisation des services médicaux.

Un comité national formé de représentants des différentes associations médicales et associations professionnelles, des universités, des régies régionales, des hôpitaux et autres autorités concernées par l'organisation des services a été constitué afin de proposer un modèle d'organisation des services médicaux pour les hôpitaux de 2^e ligne.

L'attribution des postes de résidence de même que l'élaboration des plans régionaux des effectifs médicaux (PREM) s'appuieront sur les orientations découlant de ce nouveau modèle d'organisation des services médicaux.

Ce comité proposera un modèle qui tiendra compte des caractéristiques régionales, des spécificités du modèle hospitalier (universitaire, général, spécialisé) ainsi que des disponibilités médicales et professionnelles afin d'en arriver à une catégorisation des hôpitaux. Cette classification sera prête à l'hiver 2004 en vue de l'adoption du prochain PREM.

OBJECTIF 13 Clarifier la vision de l'organisation
du réseau hospitalier universitaire.
CIBLE 1**Proposition, par un comité intersectoriel, d'une vision de l'organisation du réseau universitaire en 2001-2002**

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt du rapport du comité.	Février 2002	Non atteint : reporté en juin 2002.
		Résultat (2002-2003) Atteint : rapport déposé le 14 juin 2002.

Commentaires

Le président du comité a soumis son rapport au ministre le 14 juin 2002. Après analyse du rapport par les diverses directions générales du Ministère, le ministre faisait connaître sa position le 11 décembre dernier. Il convenait de donner suite à plusieurs recommandations du comité, à la suite de quoi un plan

d'action a été arrêté, le 1^{er} avril 2003, par les autorités du Ministère au regard des centres hospitaliers ayant une désignation universitaire.

Avant tout, afin d'assurer la cohérence et la convergence entre les différents volets de la quadruple mission des établissements universitaires (soins et services de santé, enseignement, recherche, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé), comme le recommandait le comité, et d'établir un réel partenariat entre ces établissements, deux actions du plan sont majeures pour le renouveau de l'organisation du réseau universitaire, soit :

- au niveau régional : la création d'un réseau universitaire intégré de santé (RUIS) pour chaque université ayant une faculté de médecine – réseau placé sous l'autorité de la régie régionale de la santé et des services sociaux où est située l'université et dont la présidence est confiée, par le ministre, à une personne agréée tant par la régie régionale de la santé et des services sociaux que par l'université en question ;
- au niveau national : la création d'une table de coordination et de concertation de la mission universitaire en santé.

À cet effet, le 16 décembre 2002, le ministre confiait aux régies régionales de la santé et des services sociaux des régions universitaires la direction des RUIS et leur demandait de lui faire parvenir une liste d'au moins trois noms parmi lesquels il désignerait les présidents des RUIS.

En 2003-2004, les principales actions du plan seront enclenchées parmi lesquelles l'implantation des RUIS et de la table de concertation et de coordination (table ministérielle des RUIS). Le mandat des RUIS comprendra entre autres, le soutien aux régions et l'accentuation de la formation en région.

CIBLE 2

Révision du cadre juridique des établissements universitaires en 2002-2003

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Dépôt des modifications législatives.	Mars 2003	Non atteint : reporté en 2003-2004.

Commentaires

La révision du cadre juridique est tributaire des recommandations faites par le Comité sur la vision de l'organisation du réseau universitaire et de la position du Ministère au regard de ces recommandations. Or, le plan d'action découlant des recommandations acceptées par les autorités du Ministère vient d'être approuvé le 1^{er} avril 2003.

OBJECTIF 14 Confirmer le caractère d'exception de la Loi sur la protection de la jeunesse.

CIBLE 1
Révision de la Loi sur la protection de la jeunesse en 2002-2003

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Dépôt des modifications législatives.	2002-2003	Non atteint : reporté à 2003-2004.

Commentaires

Le mandat de révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) a été accepté par les autorités ministérielles et l'Assemblée de coordination de la protection de la jeunesse en décembre 2002.

Le comité d'experts a été formé en janvier 2003 et placé sous la responsabilité d'un coordonnateur de l'Assemblée de coordination de la protection de la jeunesse.

En date du 14 avril 2003, le comité d'experts sur la révision de la LPJ a consacré neuf jours de travail à définir les objets de révision de la LPJ.

Un document d'orientation sur les modifications proposées sera déposé aux autorités ministérielles en juillet 2003 et fera l'objet de consultations en septembre et octobre 2003.

Un projet de mémoire et d'une proposition législative sera préparé conjointement avec le ministère de la Justice en novembre 2003, pour transmission au Secrétariat général du Conseil exécutif en janvier 2004.

AXE D'INTERVENTION 5
L'amélioration des actions relatives aux médicaments
OBJECTIF 15 Améliorer le processus décisionnel et les mécanismes visant l'inscription, le suivi et l'utilisation optimale des médicaments.

CIBLE 1
Intégration et élargissement, en 2001-2002, des mandats actuels du CCP, du CRUM et du RRUM au sein du nouveau Conseil du médicament

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt du projet de loi.	Session du printemps 2002.	Non atteint : reporté.
		Résultat (2002-2003)
		Projet de loi adopté en juin 2002 et Conseil du médicament créé en février 2003.

Commentaires

Le projet de loi n° 98, intitulé Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives, a été adopté en juin 2002.

Le Conseil du médicament a été créé le 26 février 2003 par décret du Conseil des ministres.

Le Conseil du médicament intègre les fonctions autrefois dévolues au Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), au Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) et au Réseau de revue de l'utilisation des médicaments (RRUM).

Il assiste le ministre dans la conception et la mise à jour de la Liste de médicaments dont le coût est garanti par le régime général en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments et de la Liste de médicaments qui peuvent être utilisés dans un établissement du réseau.

Le Conseil du médicament assure le suivi de l'utilisation des médicaments notamment par des revues de l'utilisation des médicaments (RUM) et par la proposition de stratégies de formation, d'information et de sensibilisation. Il dispose d'un fonds de partenariat consacré à l'implantation de mesures visant l'utilisation optimale des médicaments.

Le Conseil du médicament est composé d'experts scientifiques et de membres sociétaux.

CIBLE 2

Introduction, en 2001-2002, d'un processus élargi et de nouveaux critères pour l'inscription des médicaments

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt du projet de loi.	Session du printemps 2002.	Non atteint : reporté.
		Résultat (2002-2003)
		Le projet de loi n° 98 a été adopté en juin 2002.

Commentaires

Le projet de loi n° 98, intitulé Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives, a été adopté en juin 2002.

L'article de la loi permettant l'application des nouveaux critères est entré en vigueur le 26 février 2003, soit au même moment que la nomination des membres du Conseil du médicament.

L'article de la loi étant maintenant en vigueur, le Conseil du médicament est chargé de déterminer les modalités d'application des nouveaux critères, de façon à les rendre effectives en 2003.

CIBLE 3**Renforcement, à partir de 2002-2003, des études de suivi et des revues d'utilisation des médicaments**

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Nombre d'études et de revues de l'utilisation effectuées.	Nouvelles études et revues de l'utilisation des médicaments.	Aucune étude ou revue.

Commentaires

Aucune nouvelle revue de l'utilisation des médicaments (RUM) n'a été effectuée. La création du Conseil du médicament et l'intégration des fonctions autrefois dévolues au Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) ont retardé les nouvelles RUM.

Dans le cadre de sa fonction du suivi de l'utilisation des médicaments, le Conseil du médicament est désormais chargé d'effectuer les RUM.

L'entente de partenariat avec les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada permettra le financement, à hauteur de 6 millions de dollars, de nouvelles RUM et de l'application des mesures d'optimisation qui en découleront.

CIBLE 4**Discussions, à partir de 2001-2002, avec l'industrie pharmaceutique sur l'établissement de partenariats**

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de projets de partenariat conclus.		À venir.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
	Mars 2003	Signature de trois ententes de partenariat avec les fabricants de produits pharmaceutiques en juin 2002.

Commentaires

Les trois ententes de partenariat signées avec les fabricants pharmaceutiques sont :

- l'entente de principe sur l'établissement d'un programme de partenariat entre le gouvernement du Québec et les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, l'investissement du gouvernement du Québec étant de 1 million de dollars et celui des compagnies, de 11 millions de dollars ;
- le plan d'action relatif à l'utilisation optimale des anti-inflammatoires non stéroïdiens (COXIBS) en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM), l'investissement des fabricants étant de 900 000 \$;
- le plan d'action relatif à l'utilisation optimale des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) en vertu du RGAM, l'investissement des fabricants étant de 1,8 million de dollars.

L'entente de partenariat avec les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada se concrétise, d'une part, par la création du Fonds de partenariat

sur l'utilisation optimale des médicaments et, d'autre part, par des revues de l'utilisation des médicaments (RUM) et des mesures d'optimisation.

Les ententes de partenariat avec les fabricants de COXIBS et d'IPP visent à favoriser, par l'implantation de différentes mesures, l'utilisation optimale au meilleur coût de ces deux classes de médicaments en particulier.

Les plans d'action relatifs aux trois ententes sont en cours.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3

Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

AXE D'INTERVENTION 1

La planification de la main-d'œuvre médicale et le mode de rémunération des médecins.

OBJECTIF 16 Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre médicale qualifiée, en nombre suffisant, et améliorer la répartition des effectifs médicaux.

CIBLE 1

Révision des programmes de formation en médecine pour les adapter aux exigences de tous les milieux de pratique

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Changement au cursus universitaire	Travaux en partenariat.	Non atteint.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
	Rapport sur les conditions de la formation médicale au Québec.	Atteint: document déposé.
	Rapport du comité de révision du programme de résidence en médecine de famille (Université de Montréal, Faculté de médecine, Département de médecine familiale, novembre 2001).	Atteint: document déposé.
	Déploiement de formation en région.	Partiellement atteint.

Commentaires

La révision des programmes de formation en médecine, afin de les adapter aux exigences de tous les milieux de pratique, exige la collaboration des partenaires suivants : le Collège des médecins, les différentes fédérations de médecins, celle des omnipraticiens, des spécialistes et des résidents, les facultés de médecine (universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke), le ministère de l'Éducation ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux.

À la suite de la hausse particulièrement rapide du nombre d'admissions autorisées au premier cycle en médecine, entre 1998 et 2002, la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec a créé le Groupe de réflexion sur les conditions de la formation médicale afin de cerner les problèmes liés au maintien de la qualité de la formation médicale causés par la hausse rapide des inscriptions en médecine et de proposer un plan d'action pour y remédier. Le document a été déposé à la Table de concertation et a contribué à ce qu'une entente soit conclue entre les universités et le ministère de l'Éducation du Québec sur les conditions à remplir pour que l'augmentation des admissions prévue en 2003-2004 soit effective et qu'elle ne compromette pas la qualité de la formation.

Le projet de révision du programme de médecine familiale de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (ajout d'une année de formation) a été présenté à la Direction générale des affaires médicales et universitaires.

Enfin, depuis déjà quelques années, un programme doté de 3 millions de dollars pour 1 300 mois-stages en 2002-2003, offert par le Ministère et les régions régionales pour soutenir la formation médicale décentralisée, permet aux étudiants en médecine ainsi qu'aux résidents en médecine familiale et dans les spécialités de base de se familiariser avec la pratique médicale dans un environnement clinique non universitaire, prioritairement en régions éloignées et intermédiaires. La formation en région pour la médecine de famille est très élaborée (711 mois-stages en 2002-2003). Pour les spécialités de base, les programmes de l'Université Laval et de l'Université de Sherbrooke sont bien déployés en région (193 mois-stages en médecine spécialisée).

CIBLE 2

Révision de la politique triennale 2001-2004 des inscriptions en médecine

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution de l'effectif médical au Québec.	Augmentation de 55 admissions.	Atteint.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
	Augmentation de 55 admissions.	Atteint.

Nombre d'admissions

Année de la Politique	Contingent régulier	Autre contingent	Tous les contingents
2001-2002	556	56	612
2002-2003	611	61	672
2003-2004	666	61	727
2004-2005	666	68	734

Commentaires

Chaque année, le gouvernement, sur la base des orientations proposées dans un mémoire préparé conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, adopte la politique triennale qui détermine le nombre de candidates et de candidats que les facultés de médecine peuvent admettre en première année. Pour élaborer son projet de politique, le ministère de la Santé et des Services sociaux reçoit des avis de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec et du Conseil médical du Québec.

La dernière politique triennale approuvée par le Conseil des ministres et actuellement en vigueur couvre les années 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005. Cette politique prévoit une augmentation de 55 admissions annuellement, et ce, pour les années 2002-2003 et 2003-2004.

La politique prévoit, en outre, de réserver un certain nombre de places pour des étudiantes et des étudiants canadiens hors Québec, ainsi que pour des étudiantes et des étudiants de nationalité étrangère. Le nombre annuel de places prévues est de 61.

Enfin, le Ministère a entrepris des consultations sur la politique triennale 2003-2006 des inscriptions en médecine, laquelle devrait être approuvée d'ici juin 2003.

CIBLE 3
Révision en 2001-2002 des plans régionaux d'effectifs médicaux pour les spécialités et, en 2002-2003, pour les omnipraticiens

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Médecins spécialistes		
Évolution de l'écart entre les postes prévus dans les plans d'effectifs médicaux et le nombre de médecins en place.	Révision des plans d'effectifs médicaux spécialisés et approbation de plans par établissement et par spécialité.	Atteint partiellement : dans 14 régions sur 15. La liste des médecins spécialistes a été mise jour.
		Résultat (2002-2003)
		Toutes les régions régionales ont approuvé de nouveaux plans d'effectifs médicaux par établissement et par spécialité pour la période s'échelonnant du 1 ^{er} février 2001 au 31 mars 2003.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Médecins spécialistes	Application et suivi des plans d'effectifs médicaux 2001-2003.	Partiellement atteint. Dans les régions universitaires et péri-universitaires, les plans d'effectifs sont comblés à des niveaux supérieurs à ceux des régions intermédiaires et éloignées.
Médecins omnipraticiens	Révision des plans d'effectifs médicaux en médecine générale.	Détermination des besoins de médecins omnipraticiens par région, comparaisons des régions entre elles et détermination des objectifs de croissance de médecins omnipraticiens par région pour la période s'échelonnant du 1 ^{er} mai 2003 au 31 décembre 2003. Élaboration des règles de gestion des plans d'effectifs médicaux en cours : disponible le 31 mai 2003.

Commentaires pour les médecins spécialistes

Le pourcentage des postes comblés, selon le nombre de postes prévus dans les plans d'effectifs médicaux, est plus élevé dans les régions universitaires et périphériques que dans les régions intermédiaires et éloignées.

Commentaires pour les médecins omnipraticiens

Les travaux entourant la révision des plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale ont été entrepris en mai 2002, en étroite collaboration avec les régies régionales et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

L'évaluation des besoins en ce qui concerne le nombre de médecins omnipraticiens, dans chaque région du Québec a été faite, avec comme objectif de comparer les régions entre elles. Les besoins constatés dépassent largement notre capacité d'y répondre à court terme.

Les indicateurs définis au cours des travaux de révision confirment la vulnérabilité de quelques régions du Québec qui ont un faible taux de recrutement ou un faible taux de maintien des effectifs en poste, et parfois les deux à la fois.

Les objectifs de croissance ont été transmis aux régies régionales par le ministre le 11 avril 2003, avec la responsabilité pour celles-ci de produire leur plan régional d'effectifs médicaux d'ici le 12 mai 2003 et d'approuver des plans par établissements établis en fonction des effectifs en place et des ajouts autorisés concernant le nombre de médecins omnipraticiens entre le 1^{er} mai 2003 et le 31 décembre 2003.

CIBLE 4**Révision, en 2001 et 2002, des critères de participation des omnipraticiens aux activités médicales particulières**

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Modifications législatives.	Modalités et critères révisés.	Non atteint.
		Résultat (2002-2003) Atteint.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
	Modalités législatives par le projet de loi 142 (loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins).	Atteint.
	Engagement de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) quant aux principales modalités d'application des nouvelles dispositions législatives et à la négociation d'une entente particulière relative au respect du plan régional d'effectifs médicaux (PREM).	

Commentaires

Au début de l'année 2001-2002, le Ministère avait élaboré une proposition de modifications législatives des articles 360 à 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, articles relatifs aux activités médicales particulières (AMP), pour recentrer la liste des activités reconnues comme AMP sur les services essentiels, pour faire passer la période d'assujettissement du médecin de moins de dix ans de pratique à quinze ou vingt ans ainsi que pour viser également les médecins de CLSC et de santé publique.

L'actualisation du dossier avait été reportée et a été reprise à l'automne 2002. Après consultation de la FMOQ, les modifications législatives requises ont été apportées par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins. En décembre 2002, le Ministère convenait avec la FMOQ des principales modalités d'application des nouvelles dispositions législatives dans le cadre du protocole d'accord ayant trait à la prolongation de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002.

L'entente particulière relative aux AMP doit également être modifiée en conséquence pour le 30 juin 2003.

Pour renforcer le respect des plans régionaux des effectifs médicaux, la FMOQ s'est engagée, dans le cadre du même protocole d'accord, à négocier une entente prévoyant l'application d'une pénalité de 30 % sur la rémunération du médecin qui s'installe dans une région où le PREM ne le permet pas. Cette entente doit être finalisée à la fin de mai 2003.

OBJECTIF 17 Revoir les modes de rémunération des médecins en tenant compte des nouvelles orientations en matière d'organisation des services et des objectifs de contrôle de coûts.

CIBLE 1

Modification graduelle, à partir de 2001-2002, du mode de rémunération des médecins omnipraticiens pour favoriser l'intégration de la pratique médicale à l'ensemble des activités du réseau et l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF), et ce, dans le cadre de l'enveloppe budgétaire prévue pour les services médicaux

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Pour reconnaître la spécificité de la pratique médicale dans le cadre d'un GMF, le mode de rémunération ne peut plus être uniquement le mode à l'acte, comme c'est le cas en cabinet privé.	Entente transitoire.	Non atteint.
Nombre d'omnipraticiens rémunérés selon le nombre de patients pris en charge.		Résultat (2002-2003) Atteint.

Commentaires

Dix-sept groupes de médecine de famille ont été formés en 2001 et se sont implantés, de façon graduelle, au cours de l'automne et de l'hiver 2002-2003; cent autres sont annoncés pour 2003-2004. En juin 2002, le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont convenu d'une entente qui s'applique pendant la première phase d'implantation des GMF. Cette entente prévoit qu'une partie des activités est rémunérée selon un tarif horaire, que le médecin responsable du GMF reçoit une rémunération forfaitaire et qu'un forfait est accordé au moment de l'inscription du patient.

En 2003-2004, le Ministère et la FMOQ devront convenir de modalités de rémunération qui s'appliqueront, de façon permanente, à partir du moment où le GMF atteint son rythme de croisière.

CIBLE 2
Instauration, à partir de 2001-2002, d'un nouveau mode de rémunération des médecins spécialistes travaillant en milieu universitaire

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de départements cliniques, dans les CHU, les CHAU et les instituts universitaires, où sont établis des plans de pratique.	Selon les recommandations du groupe de travail et les orientations retenues.	Non atteint.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
	Le département de chirurgie de l'Hôpital Sainte-Justine.	Non atteint. À poursuivre en 2003-2004

Commentaires

Le 20 juin 2002, le rapport du Groupe de travail sur l'implantation d'un plan de pratique pour les médecins du département de chirurgie de l'Hôpital Sainte-Justine était déposé au Ministère.

Depuis cette date, aucune décision n'a été prise par le ministre concernant l'implantation du plan de pratique. Tant que cette décision de donner suite n'est pas prise, il est difficile de poursuivre l'instauration d'un nouveau mode de rémunération des médecins spécialistes travaillant en milieu universitaire.

La décision achoppe sur le financement du plan de pratique. Le Ministère doit poursuivre les discussions avec le ministère de l'Éducation, le Fonds de recherche en santé du Québec ou le ministère du Développement économique et régional à ce sujet.

Pour la prochaine année, des projets pilotes de plan de pratique seront implantés, notamment en pédiatrie dans les centres hospitaliers universitaires.

AXE D'INTERVENTION 2

La planification de la main-d'œuvre, sa formation et l'organisation du travail

OBJECTIF 18 Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant, particulièrement dans les secteurs considérés comme précaires.

CIBLE 1

Monitoring continu des besoins de main-d'œuvre, en collaboration avec le ministère de l'Éducation

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution de l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources dans les secteurs prioritaires.	Perspective d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université.	Atteint.

*Présentation des résultats ou autre précisions***Infirmières et infirmiers**

Le 26 mars 2003 se tenait une réunion portant sur le suivi du plan d'action relatif à la planification de la main-d'œuvre infirmière.

Globalement, une culture de planification de la main-d'œuvre est en voie de s'implanter. Les milieux de travail se transforment progressivement pour réduire le fardeau des tâches, faciliter la conciliation travail-famille, revoir l'organisation du travail, stabiliser les équipes, améliorer l'accueil de ce nouveau personnel infirmier et permettre une meilleure intégration au travail.

Les admissions dans les programmes de formation ont considérablement augmenté.

	Septembre 1998	Septembre 2002
Cégep	2 154	4 241
Université	250	735

Infirmières et infirmiers auxiliaires

Le 20 novembre 2002 se tenait une réunion portant sur le suivi du plan d'action relatif à la planification de la main-d'œuvre infirmière auxiliaire.

Les pénuries de main-d'œuvre chez les infirmières et infirmiers et, depuis peu, chez les infirmières et infirmiers auxiliaires font davantage ressortir les points importants soulignés dans le plan d'action. Il s'agit principalement d'augmenter les admissions dans les programmes de formation et de revoir l'organisation du travail. Le réseau de la santé et des services sociaux est appelé à effectuer rapidement une importante réflexion sur les façons de s'adapter au contexte de pénurie de main-d'œuvre. Pour les infirmières et infirmiers auxiliaires, l'objet du débat est de déterminer leur place à l'intérieur des équipes de soins infirmiers.

Le contingentement des admissions dans le programme de formation a été aboli. Celles-ci ont plus que doublé, passant de 667 en 1998 à 1 478 en 2001.

Biochimistes cliniques

Le 23 octobre 2002 se tenait une réunion portant sur le suivi du plan d'action découlant des réflexions du Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre pour les biochimistes cliniques et les médecins biochimistes.

Situation de l'effectif

Les travaux ont permis d'observer :

- que globalement, à l'échelle du Québec, il n'y a pas de pénurie de main-d'œuvre en biochimie clinique ;
- qu'il y a, toutefois, nécessité d'améliorer l'attraction et le maintien en poste des spécialistes qui assurent la supervision professionnelle des quelque 130 laboratoires de biochimie au Québec ;
- plus particulièrement, qu'il y a lieu de recruter en moyenne quatre nouveaux biochimistes cliniques par année et surtout de freiner le déclin rapide des effectifs actuels (l'effectif est passé de 88 en 1990 à 59 en 2003).

Sur ce dernier point, deux facteurs explicatifs ont été soulevés :

- les bourses de stage versées aux biochimistes cliniques (20 800 \$ par année sur deux ans) n'étaient pas compétitives. Elles ont été augmentées à 30 000 \$ à compter de septembre 2002 (quatre étudiants sont actuellement en formation, alors que huit bourses étaient offertes) ;
- la recherche de l'équilibre budgétaire incite des établissements à se départir de biochimistes cliniques salariés pour confier le travail à des médecins biochimistes qui agissent à titre de consultants et qui sont rémunérés par la RAMQ.

Le Ministère préconise la réalisation d'un plan d'effectif en biochimie qui tienne compte à la fois des médecins biochimistes et des biochimistes cliniques.

De plus, il croit important de protéger au niveau régional les sommes actuellement utilisées par les établissements pour rémunérer les biochimistes cliniques à leur emploi. Ainsi, le choix d'utiliser les services professionnels d'un médecin biochimiste ou d'un biochimiste clinique pour la supervision du laboratoire ne devrait plus être influencé par le fait que le biochimiste clinique est payé à même leur budget et le médecin biochimiste par la RAMQ.

Technologues en radio-oncologie

Le 18 septembre 2002 se tenait une réunion portant sur le suivi du plan d'action découlant des travaux du Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre pour les technologues en radio-oncologie. Par ces travaux de suivi, le ministère veut s'assurer d'atteindre le plus rapidement possible un équilibre entre les besoins de main-d'œuvre des centres de traitement de radio-oncologie et les effectifs disponibles.

Situation de l'effectif étudiant et des diplômés disponibles à l'emploi au Québec

Inscriptions au cégep		Nombre de diplômés		Nombre de diplômés disponibles à l'emploi	
Sept. 1997	31	2000	29	2000	N/D
Sept. 1998	19	2001	41	2001	37
Sept. 1999	69	2002	40	2002	30
Sept. 2000	65				
Sept. 2001	70				
Sept. 2002	64				

Situation de l'effectif en emploi en 2002 et de l'effectif prévu en 2003

Année	Accélérateurs	Effectif requis	Effectif en poste	Écart
2002	48	386	324	62
2003 *	55	443	353	90

* Les chiffres de l'année 2003 sont des projections.

Admission à la maîtrise en pharmacie hospitalière

La bourse offerte est conditionnelle à un engagement écrit de l'étudiant à travailler deux ans en établissement de santé au terme de ses études. Cette bourse a été bonifiée en septembre 2000.

Période	Nombre de bourses offertes	Nombre de bourses octroyées	Écart
2000-2001	49	42	- 5
2001-2002	60	45	- 15
2002-2003	65	52	- 13
2003-2004	70		

Situation de l'effectif en emploi en 2002 et de l'effectif prévu en 2003

En établissement de santé			
Année	Effectif requis	Effectif en poste	Écart
2002	1178	1080	- 98
2003 *	1214	1091	- 123

* Les chiffres de l'année 2003 sont des projections.

Pour l'ensemble du Québec			
Année	Effectif requis	Effectif en poste	Écart
2002	6226	5814	- 412
2003 *	6413	5889	- 524

* Les chiffres de l'année 2003 sont des projections.

CIBLE 2**Préparation, à partir de 2001-2002, de plans d'action pour les catégories de personnel jugées prioritaires**

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de plans d'action préparés.	10 plans d'action	Atteint partiellement : 7 plans sur 10.
		Résultat (2002-2003)
		Atteint : 10 plans.

Présentation des résultats ou autres précisions

Voici regroupés dans trois secteurs, les catégories de personnel pour lesquelles un plan d'action a été élaboré en 2002-2003 ainsi que les grandes lignes de ces plans d'action.

- La réadaptation physique
 - Physiothérapeutes
 - Audiologistes–orthophonistes
 - Ergothérapeutes
 - Techniciennes et techniciens en réadaptation physique
 - Agentes et agents de réadaptation en déficience visuelle
 - Spécialistes en orientation et mobilité
 - Le rapport et le plan d'action concernant les catégories de personnel en réadaptation physique ont été diffusés en février 2003. Le plan d'action porte principalement sur :
 - l'augmentation des admissions dans la plupart des programmes de formation ;
 - la révision de l'organisation du travail ;
 - l'inventaire des problèmes liés au nombre et à l'organisation des stages de formation.
- Le secteur des services préhospitaliers d'urgence
 - Techniciennes et techniciens ambulanciers.
 - Le rapport et le plan d'action concernant la catégorie de personnel des services préhospitaliers d'urgence ont été diffusés en décembre 2002. Les principaux points du plan d'action sont :
 - la formation d'une relève suffisante de techniciens ambulanciers ;
 - la pérennité du financement des programmes de formation ;
 - la réduction de la précarité de l'emploi.
- Les techniques des domaines de la médecine et des laboratoires
 - Cytotechnologistes
 - Techniciennes et techniciens en électrophysiologie médicale
 - Inhalothérapeutes
 - Perfusionnistes
 - Technologues spécialisés en radiologie
 - Techniciennes et techniciens de laboratoire
 - Technologues en médecine nucléaire.

- Le rapport et le plan d'action concernant la catégorie de personnel des domaines de la médecine et des laboratoires ont été diffusés en mars 2003. Le plan d'action porte principalement sur :
 - l'augmentation des admissions dans les programmes de formation initiale pour assurer une relève en nombre suffisant ;
 - l'offre d'un nombre suffisant de places de stages de qualité ;
 - le maintien et l'amélioration des compétences ;
 - l'utilisation optimale des personnes ;
 - l'accueil et une intégration adéquats ;
 - les façons de maximiser l'offre de main-d'œuvre ;
 - le suivi du processus de planification.

CIBLE 3
**Implantation des programmes de développement des compétences
en conformité avec la planification de la main-d'œuvre**

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de programmes mis en place.	6 programmes	Atteint.
	Cibles (2002-2003)	Résultats (2002-2003)
Nombre de sessions en organisation du travail	33 sessions	Atteint.
Nombre de participants au programme de développement et de perfectionnement des directrices et directeurs généraux.	30 participants	Dépassé.

Commentaires

En février 2002, un programme de soutien à l'organisation du travail en soins infirmiers a été lancé, lequel programme est prévu pour deux ans. Avec un budget alloué, pour la première année, de 2,3 millions de dollars, 82 projets en organisation du travail ont été retenus. Les projets ont été analysés avec des partenaires du réseau (régies régionales, associations d'établissements) et les différentes associations syndicales ont été continuellement associées à la démarche.

Pour ce qui est du soutien au développement des compétences et à la production d'outils en organisation du travail pour les cadres infirmiers, plus de 375 gestionnaires du réseau ont participé à l'une ou l'autre des 33 sessions de formation ; un outil permettant d'établir les bilans régional et national des résultats atteints a été produit et une vidéo sur la conception de projets d'organisation du travail a été diffusée.

Le 30 octobre 2002 se tenait le cinquième « Rendez-vous annuel » à l'intention des membres des comités régionaux de développement ainsi qu'à celle des représentants des associations de cadres et d'employeurs et des représentants des régies régionales. Sur le thème « Le talent : Reconnaissance et gestion », le Rendez-vous 2002 a mis en évidence différentes expériences de reconnaissance

des talents au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Les quelque 260 participants ont fort apprécié cette rencontre. Comme ce fut le cas après le Rendez-vous 2001, des activités ayant un lien avec le thème annuel, se tiennent dans chacune des régions du Québec en 2003. Les activités organisées après le Rendez-vous touchent près de 2 250 gestionnaires du réseau.

Le Programme de développement et de perfectionnement des directeurs généraux, ultérieurement appelé Programme d'intégration à la fonction, est maintenant bien ancré dans le réseau. À ce jour, cinq groupes de directrices et de directeurs généraux (DG) sont actifs. Les 75 DG qui les composent représentent 26 % de l'ensemble des DG du réseau de la santé et des services sociaux (75/287). Un franc succès.

Le Programme de bonification d'expérience pour la relève des directrices et des directeurs généraux en est à sa deuxième cohorte. Les douze nouveaux projets, d'une durée maximale de quinze mois, qui ont commencé en janvier 2003 devraient enrichir le réseau de douze nouvelles candidatures à des postes de direction générale. Quant à la première cohorte – dont les derniers projets ont pris fin en avril 2003, notre bilan à ce jour est le suivant : sur les neuf projets, deux candidates ont obtenu un poste de direction générale et deux candidats occupent des postes de direction générale par intérim.

OBJECTIF 19 Définir, avec l'ensemble des parties et dans le cadre des conventions collectives actuelles, des mesures relatives à une organisation du travail mieux adaptée aux nouvelles réalités de l'organisation des services.

CIBLE 1

Discussions, en 2001-2002, sur les mesures relatives à la valorisation des compétences, à la définition de la mobilité et à la négociation sur le plan local

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de mesures discutées.	3 mesures.	Reporté.
		Résultat (2002-2003)
		Reporté.

Commentaires

Les discussions de l'année 2001-2002 ont surtout été orientées sur la prolongation de la durée des conventions collectives. En avril 2002, les conventions collectives ont effectivement été prolongées jusqu'au 30 juin 2003 avec la majorité des associations syndicales. En ce qui concerne les associations qui n'ont pas prolongé leurs conventions collectives – dont la FIIQ – les travaux ont surtout porté sur l'équité salariale. Ainsi, les discussions devant porter sur les mesures relatives à la valorisation des compétences, à la définition de la mobilité et à la négociation sur le plan local se dérouleront durant la prochaine ronde de négociation des conventions collectives dans le secteur de la santé et des services sociaux.

AXE D'INTERVENTION 3

Des systèmes d'information efficaces et sécurisés

OBJECTIF 20 Définir les bases permettant de s'assurer que les systèmes d'information correspondent à une vision d'ensemble.

CIBLE 1

Définition de l'architecture de l'information et des systèmes d'information du domaine sociosanitaire en 2001-2002

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Bilan des systèmes d'information et des besoins d'information des intervenants.	Mars 2002	Atteint partiellement : 60 %.
		Résultat (2002-2003) Atteint.
Dépôt de l'architecture de l'information.		Résultat (2001-2002) Atteint partiellement : 20 %.
		Résultat (2002-2003) Atteint partiellement : 55 %.
Mise en place de mécanismes permettant d'assurer la mise à jour permanente de l'architecture de l'information.		Résultat (2001-2002) Non atteint : reporté.
		Résultat (2002-2003) Non atteint : reporté.

Commentaires

La phase I du projet s'est déroulée à l'été 2002. La conclusion de la première phase a donné lieu au dépôt du modèle conceptuel corporatif de données.

La phase II débute officiellement le 5 mai 2003 et elle devrait durer une année. Les étapes à franchir pour établir l'architecture des informations livrées dans le cadre de ce projet sont :

- de produire et de valider le modèle conceptuel corporatif de données (MCCD) au cœur de l'architecture de l'information grâce à des modèles sectoriels et des données des applications;
- de produire un modèle de données de gestion;
- d'établir le processus d'utilisation et d'administration de l'architecture de l'information (cadre de gestion);
- de produire le guide à l'usage des utilisateurs externes;
- d'établir la méthode de transmission de l'information.

OBJECTIF 21 Mettre en place une infrastructure d'accès et d'échange d'information entre les intervenants.

CIBLE 1
Développement d'un portail santé québécois d'ici 2003-2004

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Nombre d'applications disponibles dans le portail.	Conception d'un portail global comportant trois volets (information, collaboration, transaction) dont la première étape, prévue pour 2003-2004, consistera à mettre en service un portail grand public permettant au citoyen d'approfondir ses connaissances sur un sujet de santé ou de bien-être.	Analyse du portail fait par MédiMed dans le projet pilote de Laval et comparaison avec d'autres sites Internet.

Commentaires

Tous les travaux réalisés en 2002-2003 ont permis au MSSS de définir le scénario de mise en place d'un premier service destiné à la population au moyen d'un portail sociosanitaire québécois. Le financement de ce premier bien livrable doit être déterminé au début de l'année 2003-2004.

Le MSSS a effectué, au cours de l'exercice 2002-2003, l'analyse du site conçu par la firme MédiMed dans le cadre d'un projet pilote confié en 1998 à Vidéotron et ciblant 1 800 foyers de la région de Laval. À la suite du retrait de Vidéotron, MédiMed a poursuivi son travail.

À l'instar de sites sur des services existants, tels qu'Info-Santé CLSC, le site de MédiMed présente un contenu entériné par un comité d'orientation québécois. Quelque 70 CLSC experts de diverses disciplines ont collaboré à sa réalisation et collaborent toujours à sa mise à jour.

Dans le cadre du projet global de portail du MSSS, le site de MédiMed permettrait de présenter à la population une première réalisation, conforme à la Politique de l'autoroute de l'information, sous la forme d'un service additionnel de santé d'intérêt universel. Les travaux menés en 2002-2003 ont permis de juger de la pertinence d'acquiescer les droits de propriété intellectuelle du site et de pouvoir lui donner une présentation propre au MSSS; pourrait également se greffer à ce site un contenu produit par le Ministère.

Une analyse comparative a été effectuée au cours de l'exercice pour évaluer les coûts associés à des projets similaires. D'autres analyses ont également été faites afin de connaître la valeur réelle au marché du site proposé par MédiMed et de sa gestion en ce qui concerne la maintenance et l'évolution. Il a par ailleurs fallu juger de l'ergonomie du site proposé.

La conclusion de ces travaux amènera le MSSS à négocier le coût et diverses clauses d'appropriation des droits d'acquisition et de gestion à court terme du site, incluant le remodelage de l'ergonomie de ce site.

Des travaux relatifs à un éventuel contrat ont été menés avec l'assistance des services juridiques du Ministère après le dépôt d'une proposition initiale faite par MédiMed. Le Ministère entend présenter une version amendée du projet de contrat proposé par MédiMed.

CIBLE 2**Mise en réseau graduelle des groupes
de médecine de famille (GMF), à partir de 2001-2002**

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de GMF informatisés.	20	Non atteint.
		Résultat (2002-2003)
		17

*Présentation des résultats ou autres précisions***Liste des dix-sept GMF accrédités par région et par date d'accréditation, au 31 mars 2003**

01	Bas-Saint-Laurent	GMF du Réseau de santé et de services sociaux des Basques	29-11-2002
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	GMF de Jonquière	29-11-2002
03	Québec	GMF de l'Unité de médecine familiale de l'Enfant-Jésus	29-11-2002
		GMF Saint-Vallier	14-11-2002
		GMF Centre médical Beauport	14-11-2002
04	Mauricie et Centre-du-Québec	GMF des Bois-Francs 1	24-01-2003
		GMF des Bois-Francs 2	24-01-2003
		GMF des Bois-Francs 3	24-01-2003
		GMF Centre médical Saint-Léonard	15-01-2003
05	Estrie	GMF des Grandes-Fourches	18-12-2002
06	Montréal-Centre	GMF de Verdun	19-03-2003
		GMF Notre-Dame	25-03-2003
		GMF des Faubourgs	25-03-2003
07	Outaouais	GMF d'Aylmer	29-11-2003
09	Côte-Nord	GMF de la Polyclinique Boréale	28-03-2003
12	Chaudière-Appalaches	GMF des Etchemins	24-01-2003
14	Lanaudière	GMF de Lavaltrie-Lanoraie	21-01-2003

Commentaires

Au 31 mars 2003, dix-sept GMF avaient été accrédités par le Ministère. Le MSSS a convenu avec les régies régionales, partenaires de l'informatisation des GMF, et les fournisseurs des équipements et du lien de télécommunications que les sites seraient informatisés et branchés dans les trente jours suivant l'accréditation.

Ce délai est généralement respecté dans la mesure où les médecins donnent l'accès aux sites, ce qui permet de procéder aux travaux d'informatisation. La formation et le soutien technique donné aux utilisateurs sont assumés par les régies régionales et confiés à leur technocentre respectif.

Au cours de l'année 2002-2003, la priorité des applications informatiques à déployer dans les GMF a été établie. Ainsi, quatre applications ont été développées ou sont en cours de développement, à savoir : l'inscription des patients du GMF auprès de la RAMQ, les résultats des analyses de laboratoire, la transmission de l'identité des personnes inscrites dites vulnérables au service Info-Santé et la transmission à Info-Santé de la liste des médecins de garde dans chaque GMF. De plus, un appel d'offres a été lancé afin de déployer un prescripteur pharmacothérapeutique.

L'application relative à l'inscription est utilisable depuis l'automne 2002. Les autres applications seront testées en mai 2003 et déployées dans les GMF accrédités par la suite.

OBJECTIF 22 Déployer progressivement les applications relatives à la télésanté en vue d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés.

CIBLE 1

Poursuite du déploiement et de la mise à niveau des sites de télésanté

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de sites opérationnels.	Placer les projets en ordre de priorité.	Atteint partiellement : 50 %.
		Résultat (2002-2003)
		Atteint partiellement : 75 %.

Commentaires

Les projets suivants ont été réalisés dans le réseau de la santé et des services sociaux depuis l'avènement du Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) à l'automne 1998 :

- échocardiographie pédiatrique (36 CH dans le cadre du projet de réseau québécois de télésanté de l'enfant);
- cardiologie (Gaspé, Rimouski);
- orthophonie (Îles-de-la-Madeleine, Matane, Montréal – Hôpital Sainte-Justine, Québec – CHUQ);
- psychiatrie (Nunavik, Montréal – Hôpital Sainte-Justine);
- dermatologie (Gaspé, Rimouski);
- dialyse (Arthabaska, Trois-Rivières, Drummondville);
- service de garde en médecine nucléaire (Montréal – Hôpital du Sacré-Cœur, Laval – Cité de la Santé, Salaberry-de-Valleyfield – CH du Suroît);
- télépathologie et oncologie (Québec – CHUQ, Rimouski);
- téléophtalmologie (Québec – CHUQ, Îles-de-la-Madeleine, Montréal – Hôpital de Maisonneuve-Rosemont, 1 CLSC);
- orthopédie (Îles-de-la-Madeleine, Québec – CHUQ);

- radiologie (Longueuil – CH Pierre-Boucher, Greenfield Park – Hôpital Charles-LeMoine, Lévis – Hôtel-Dieu, 2 CLSC, Nunavik, Montréal – Hôpital Général, 1 CHSLD, Jonquière, Québec – CHUQ, Îles-de-la-Madeleine, Roberval).

En 2002-2003, les projets suivants ont été acceptés par le Ministère et ils seront réalisés dans les prochains mois :

- 14 projets régionaux en téléradiologie (système d'archivage et de transmission d'image [PACS]);
- 1 projet en télépsychiatrie (Montréal – Hôpital Louis-H. Lafontaine, Abitibi-Témiscamingue);
- 2 projets en téléadaptation (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, Institut de réadaptation de Montréal, Centre Lucie-Bruneau, un projet à Montréal entre le Centre Lucie-Bruneau, le Manoir Cartierville, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et le Pavillon Champlain);
- 1 projet en télénéphrologie (Centre hospitalier régional de Rimouski, Centre hospitalier universitaire de Québec);
- Le déploiement national de la visioconférence, grâce à la mise en place d'un pont de télécommunication multipoints qui a la propriété de permettre des communications entre plus de deux sites.

OBJECTIF 23 Mettre en place les systèmes d'information nationaux.

CIBLE 1

Parachèvement du développement, en 2002-2003, du système d'information sur les banques de sang

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Nombre de spécifications conformes aux besoins des utilisateurs.	Mars 2003	Atteint partiellement : 85 %.

Commentaires

Le Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) vise à informatiser les activités transfusionnelles (activités cliniques et administratives) des banques de sang et des unités de soins des centres hospitaliers. Le SIIATH permet de suivre l'ensemble des activités transfusionnelles, des donneurs aux receveurs. Il permet également de produire des données sur l'hémovigilance, c'est-à-dire des données relatives à la surveillance des receveurs, aux réactions transfusionnelles et à l'utilisation des produits.

Le SIIATH s'inscrit dans la foulée des recommandations du Comité québécois sur l'approvisionnement, la gestion et la distribution du sang (rapport Gélinau).

En 2002, la version 1.0 de l'application TraceLine a été installée dans 59 centres hospitaliers; de plus, l'application qui supportera les fonctionnalités du sommaire transfusionnel a été développée et les tests intégrés ont été faits en environnement de test.

Depuis janvier 2003, le projet est entré dans une nouvelle phase, soit le déploiement dans les laboratoires déjà informatisés des banques de sang. Le défi consiste à installer TraceLine et le sommaire transfusionnel (HNS) ainsi qu'à convertir des banques de données historiques des patients. À cette étape, 78 établissements sont visés. En décembre 2003, 78 sites auront été informatisés, leurs données ayant été converties et le sommaire transfusionnel étant en fonction.

Suite à la réalisation du site-pilote de la version complète, qui est prévu pour l'automne 2003, cette version sera installée dans les sites qui restent et une mise à jour sera faite dans les autres établissements.

CIBLE 2

Parachèvement du développement et du déploiement, en 2002-2003, du système d'information sur la gestion des listes d'attente (SGAS)

Indicateurs	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
État de déploiement du système SGAS dans les centres fournissant des services de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie.	Décembre 2003 (échecancier révisé en raison d'un processus de validation plus long que prévu avec les médecins et les établissements en cause).	Début du déploiement en avril 2003 pour la cardiologie tertiaire. Validation du prototype statique en radio-oncologie.
Transmission par ce système des rapports sur les listes d'attente aux régies régionales et au Ministère.		Fin de la phase d'expérimentation dans les deux sites-pilotes en cardiologie tertiaire.

Commentaires

Les rapports sur l'état de situation des listes d'attente en cardiologie tertiaire fournis par l'Hôpital Laval à la régie régionale et au Ministère sont produits à l'aide du système SGAS depuis septembre 2002 et ceux de l'Institut de cardiologie de Montréal, depuis janvier 2003.

À la suite d'un appel d'offres pour informatiser les listes d'attente, le Ministère a retenu le logiciel OPÉRA de la compagnie CHCA de Laval. L'adaptation de ce logiciel au Système de gestion de l'accès aux services (SGAS) est terminée pour la cardiologie tertiaire et en cours pour la radio-oncologie. La phase d'expérimentation et d'évaluation dans les deux sites-pilotes s'est terminée en décembre 2002 à l'Hôpital Laval et en mai 2003 à l'Institut de cardiologie de Montréal. L'application locale a été acceptée par le comité directeur du SGAS le 7 février 2003, ce qui a permis d'entreprendre la phase de déploiement dans les établissements restants. Les Directions de santé publiques (DSP) des établissements visés ont été rencontrés et les équipes de projet locales sont en formation dans la plupart des centres. Le problème des coûts récurrents liés au projet constitue un frein au déploiement. Ces frais concernent essentiellement l'engagement des pilotes cliniques pour le contrôle de la qualité des données et le système de soutien aux utilisateurs devant être mis en place par le SNSU (système national de support aux utilisateurs).

Les autres parties de l'application SGAS, soit la banque relationnelle locale et la requête Web, sont en voie d'être prêtes et elles devraient être déployées sous peu. Pour la requête Web, des rencontres avec la Direction de la gestion de l'information sont en cours afin de s'entendre sur l'architecture à déployer. Le cadre normatif étant à la veille d'être terminé, les travaux sur la banque centrale d'abord reportés au printemps 2003 ont été relancés et des rencontres avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec sont planifiées dès le mois de mai.

Plusieurs demandes ont été faites pour que le SGAS informatisé soit utilisé dans d'autres disciplines, par exemple en orthopédie (prothèses de la hanche et du genou), en ophtalmologie (cataractes), pour les examens de résonance magnétique et les TACO ainsi que pour la chirurgie oncologique. Avant de décider d'étendre l'informatisation du système SGAS à toutes les listes d'attente, la première phase sera évaluée aux trois quarts du déploiement.

Une évaluation sommaire des risques du projet et une évaluation des risques du déploiement sont actuellement faites par la firme KONO qui présentera son rapport au comité directeur du projet le 8 mai 2003.

CIBLE 3

Amorce du développement, à partir de 2002-2003, des systèmes d'information sur les coûts québécois par service rendu
(le prix de revient des services offerts dans le réseau)

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Évolution du déploiement des systèmes.	Amorce du développement, en 2002-2003, des systèmes d'information sur les coûts par service rendu au Québec (le prix de revient des services fournis dans le réseau).	Décision en suspens.

Commentaires

Le projet portait sur la refonte du système Med-Écho, qui renferme les données cliniques et administratives sur les malades admis, sur la mise en place d'un système concernant les usagers de la médecine ambulatoire et sur le développement du système des coûts par période de traitement. Ce projet faisait suite aux recommandations du comité Bédard sur le financement des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Ces travaux sont soumis à la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources afin d'en confirmer la pertinence, le Ministère ayant modifié le niveau de ses interventions après les amendements législatifs de 2001. Cette table établira ses priorités d'ici avril 2005 et un nouveau calendrier sera produit.

OBJECTIF 24 Compléter le déploiement des systèmes d'information du secteur social.

CIBLE 4
Déploiement du système d'information sur les services de longue durée (SICHELD) en 2001-2002

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution du déploiement des systèmes.	Adhésion volontaire de tous les établissements visés.	Atteint partiellement : 80 % des établissements.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Nombre de lits gérés par le système SICHELD.	80 % des lits utilisés.	Atteint partiellement : 72 % des lits.

Présentation des résultats ou autres précisions

Régions	Déploiement terminé			Déploiement prévu		
	Établissements	Lits	%	Établissements	Lits	%
01 Bas-Saint-Laurent	10	1 437	94 %	1	87	6 %
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	6	1 138	75 %	1	284	25 %
03 Québec	20	4 033	92 %	3	318	8 %
04 Mauricie et Centre-du-Québec	12	2 826	99 %	0	15	1 %
05 Estrie	4	1 612	30 %	6	1 127	70 %
06 Montréal-Centre	30	14 458	52 %	42	7 000	48 %
07 Outaouais	7	1 350	72 %	4	374	28 %
08 Abitibi-Témiscamingue	6	670	90 %	1	68	10 %
09 Côte-Nord	6	385	100 %	1	0	0 %
10 Nord-du-Québec	0	32	0 %	1	32	100 %
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	663	15 %	7	566	85 %
12 Chaudière-Appalaches	14	2 233	81 %	0	435	19 %
13 Laval	10	1 445	100 %	0	0	0 %
14 Lanaudière	7	1 615	73 %	3	441	27 %
15 Laurentides	11	1 892	100 %	0	8	0 %
16 Montérégie	25	5 482	88 %	5	666	12 %
Total	169	41 271	72 %	74	11 416	28 %

Déploiement à compléter

Le déploiement de SICHELD n'est pas terminé dans tous les programmes et toutes les unités des établissements de douze régions sociosanitaires :

- moins de 25 % des lits à inclure : régions du Bas-Saint-Laurent, de Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Montérégie et du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Outaouais, de la Chaudière-Appalaches et de Lanaudière ;
- entre 50 et 75 % des lits à inclure : régions de Montréal et de l'Estrie ;
- tous les lits à inclure : régions du Nord-du-Québec et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Commentaires

Dans le passé, le déploiement se faisait sur une base volontaire. Pour 2003-2004, des demandes particulières ont été faites à quatre régions régionales pour qu'elles complètent le déploiement du SICHELD dans leur région.

En 2002-2003, l'indicateur retenu est le nombre de lits gérés par le système SICHELD. Cet indicateur est plus approprié et plus facilement mesurable que le précédent.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4

Stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses.

AXE D'INTERVENTION 1

Le contrôle de la croissance des dépenses

OBJECTIF 26 Se doter des outils permettant de faire les choix appropriés.

CIBLE 1

Mise en place de mécanismes permanents d'évaluation des technologies, avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), en 2001-2002

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Mécanismes d'évaluation fonctionnels.	Recherche de partenaires et début des travaux.	Atteint partiellement : 20 %.
		Plan d'action élaboré en partenariat.
		Résultat (2002-2003) Atteint.
	Cible (2002-2003) Analyse de la situation, élaboration des orientations et soutien à leur mise en œuvre.	Résultat (2002-2003) Atteint partiellement : 50 %.

Commentaires

Une consultation interne au MSSS a été faite, en décembre 2002, sur les besoins en matière d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

En février 2003 était produit un document de réflexion contenant des recommandations sur le repositionnement stratégique de l'évaluation des technologies en santé et sur le rôle de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Après consultation, l'AETMIS et le ministère des Finances, de l'Économie et de la Recherche ont donné leur aval.

Les premières réflexions sur les mécanismes d'évaluation des technologies en santé ont montré qu'il fallait travailler de façon prioritaire au rapatriement de l'AETMIS sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux. En avril 2003, le Conseil des ministres a adopté un décret autorisant le rapatriement de l'AETMIS sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux. Cette intervention était stratégique et va faciliter grandement la suite des travaux.

L'année 2003-2004 sera axée sur la mise en œuvre des recommandations suivantes :

- implanter un mécanisme de coordination et de suivi des projets d'évaluation de l'Agence ;
- assurer la complémentarité du rôle et des mandats de l'AETMIS avec les autres mécanismes d'évaluation du secteur ;
- accroître la capacité à produire des évaluations, à les produire plus rapidement et à soutenir la production d'évaluations dans les établissements de santé ayant une mission universitaire.

OBJECTIF 27 Identifier et monitorer les principaux facteurs de croissance des dépenses.

CIBLE 1

Analyses systématiques et intégrées des facteurs externes (économiques, sociaux, démographiques) et internes (main-d'œuvre, production des services, technologie, médicaments, etc.), à partir de 2001-2002

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Publication de tableaux de bord sur les facteurs de croissance.	Début des travaux.	Atteint partiellement : 20 %.
		Résultat (2002-2003) Atteint.
	Cible (2002-2003) Production d'un cadre général pour l'analyse.	Résultat (2002-2003) Atteint partiellement : 50 %.

Commentaires

Un document présentant les facteurs qui seront pris en compte pour mesurer et suivre la croissance des coûts ainsi que le cadre d'analyse sur lequel s'appuieront les travaux a été produit.

Une première analyse des facteurs a été faite pour coordonner les activités de mesure et de suivi.

Les sources d'information qui pourront être utilisées pour construire les indicateurs ont été répertoriées.

Une recherche concernant les activités de mesure et de suivi qui se déroulent ailleurs a également été entreprise.

En 2004, il est prévu de publier un premier rapport annuel qui présentera la conjoncture dans le domaine des dépenses socio-sanitaires ainsi que l'évolution anticipée des dépenses à moyen et à long terme.

OBJECTIF 28 Assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements en déficit.

CIBLE 1

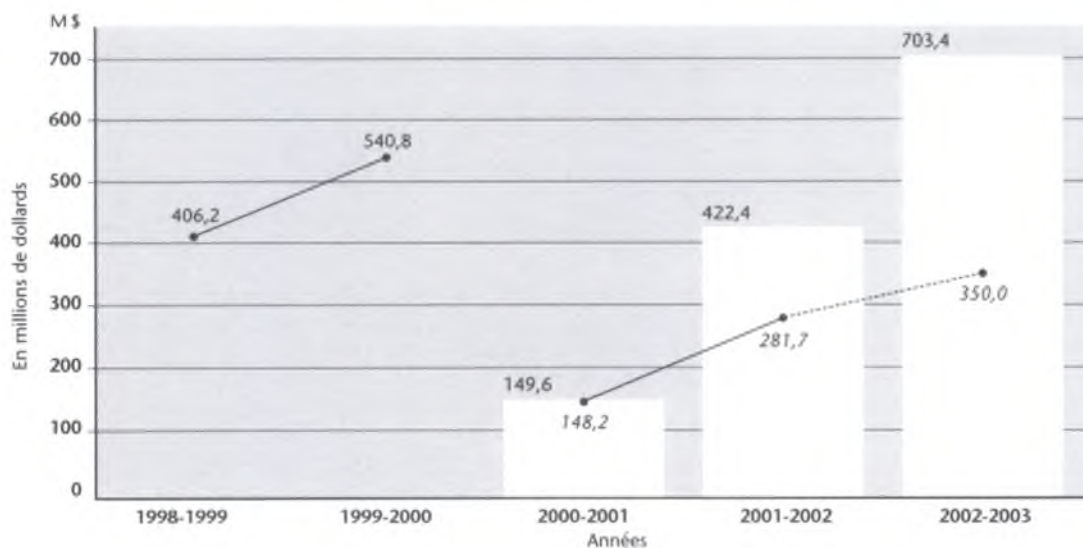
Poursuite, en 2002-2003, de la démarche de retour à l'équilibre budgétaire du réseau

Indicateurs	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution du retour à l'équilibre budgétaire au sein des établissements.	Déficit maximal : • 292,8 M \$ pour l'exploitation; • 428,2 M \$ pour le solde de fonds.	Atteint : • 284,8 M \$ de déficit d'exploitation; • 420,6 M \$ de déficit au solde de fonds.
Nombre d'ententes de retour à l'équilibre budgétaire.	95 ententes de retour à l'équilibre.	89 ententes conclues.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
	Déficit maximal : • 340 M \$ pour l'exploitation; • 684 M \$ pour le solde de fonds.	Prévisions : • 350 M \$ de déficit d'exploitation; • 703 M \$ de déficit au solde de fonds.
	114 ententes de retour à l'équilibre.	106 ententes conclues.

Présentation des résultats ou autres précisions

Résultats prévisibles au 31 mars 2003

Déficit annuel d'exploitation et solde de fonds au 31 mars



Commentaires

Le Ministère a poursuivi ses efforts afin d'assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements publics de la santé et des services sociaux. Une rencontre de planification avec chacune des régions régionales comme suite au dépôt du budget initial 2002-2003 permettait au Ministère de camper, en cohérence avec la nouvelle gouverne, ses attentes en matière de maintien et de retour à l'équilibre budgétaire. Outre la révision des circulaires administratives relatives à la planification budgétaire, à l'exécution du budget et aux emprunts temporaires, quelque 178 lettres à portée budgétaire ont été transmises aux établissements et aux régions régionales sous la signature du sous-ministre et du sous-ministre associé, dont 52 relativement à l'approbation de mesures de redressement budgétaire préservant les services à la population.

La situation observée en février 2003 révèle que plus des deux tiers des établissements publics (227) prévoient compléter l'année financière 2002-2003 en équilibre ou en surplus sur une base annuelle d'exploitation; 28 d'entre eux figurent parmi les établissements ayant conclu une entente de retour à l'équilibre budgétaire. Ainsi, 117 établissements publics prévoient inscrire un déficit d'exploitation au terme de l'année 2002-2003, le déficit totalisant 350,0 millions de dollars, par rapport à 140 établissements l'an dernier pour un déficit totalisant 281,7 millions de dollars.

Malgré un dépassement de quelque 10 millions de dollars, prévisible par rapport à la cible établie, les résultats témoignent d'une baisse importante de la croissance des dépenses. En effet, une tendance linéaire porterait le résultat à près de 425 millions de dollars. Si on escompte le rétablissement de la situation des bases budgétaires des établissements ayant fait l'objet d'un audit (27 millions de dollars), les efforts permettent de prévoir une baisse de l'ordre de 50 millions de dollars.

Au terme de l'année financière 2002-2003, le Ministère visait l'encadrement de la situation financière déficitaire par une entente de 114 établissements publics, alors que 106 de ces ententes étaient en vigueur.

AXE D'INTERVENTION 2

Le niveau de financement

OBJECTIF 29 Examiner les possibilités de nouvelles sources de financement.

CIBLE 2

Maximisation de la contribution du gouvernement fédéral au financement des services de santé et des services sociaux, de façon à rejoindre le niveau de 1994-1995 du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évaluation de la contribution fédérale au financement des services.	Augmentation du TCSPS au niveau de 1994-1995, soit 18,7 MM\$ pour l'ensemble du Canada.	Atteint partiellement : 98 %. Le TCSPS de l'année 2000-2001 était de 15,5 MM\$. En 2001-2002, le TCSPS a atteint 18,3 MM\$.
	Obtention de la part du Québec des fonds sur les soins primaires (133,7 M\$) et sur les infrastructures (120 M\$).	Non atteint. Le Québec n'a rien reçu des fonds sur les soins primaires et sur les infrastructures.
	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
	Augmentation du TCSPS au niveau de 1994-1995, soit 18,7 MM\$ pour l'ensemble du Canada.	Atteint. En 2002-2003, le TCSPS a atteint 19,1 MM\$.

Commentaires

L'augmentation du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), bien qu'elle concerne au premier chef le MSSS, relève davantage du forum des ministres des Finances. Le Ministère agit donc en partenariat dans ce dossier.

En dépit de la mise à niveau du financement fédéral, la contribution fédérale aux dépenses provinciales en santé est passée de 18,1 % des dépenses totales en 1994-1995 à 14,2 % en 2002-2003.

Dans les différents documents ministériels portant sur l'avenir du système de santé et de services sociaux du Québec, chaque fois que la question du financement a été abordée, le Ministère a fait ressortir l'ampleur considérable des manques à gagner dus à l'insuffisance des transferts alloués par le gouvernement fédéral à la santé, d'autre part, et les répercussions de ces manques à gagner sur les ressources accordées par le gouvernement au secteur (exemple : le Plan de la santé et des services sociaux rendu public au cours de la dernière année).

De plus, le Ministère a bien pris soin de faire ressortir qu'en dépit des relèvements accordés au cours des dernières années, notamment en septembre 2000 et en février 2003, les hausses des transferts fédéraux pour la santé demeurent insuffisantes pour couvrir entièrement à la fois la mise à niveau des services, évaluée à 1,8 milliard de dollars, et la croissance structurelle des dépenses du secteur, qui est de 5,2 % par année.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 5**Clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité**

AXE D'INTERVENTION 1

La gouverne du réseau de la santé et des services sociaux**OBJECTIF 31** Instaurer une culture de gestion par résultats.**CIBLE 1****Renouvellement, en 2002-2003, des ententes contractuelles entre le Ministère et les régions régionales comprenant des attentes significatives**

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Degré d'atteinte des attentes significatives.	Signature d'ententes de gestion et d'imputabilité avec 16 régions régionales.	Non atteint.

Commentaires

Préalablement à la signature des ententes de gestion et d'imputabilité avec les régions régionales, il incombait au ministère de la Santé et des Services sociaux de mettre en place un processus de gestion visant à soutenir la préparation, la signature et le suivi de gestion de ces ententes. Ce processus a été mis en place et comprend la production d'un cahier des charges dans lequel sont précisées, pour 2003-2004, les attentes ministérielles en concordance avec les volontés exprimées par le Ministère dans le document de planification stratégique intitulé *Pour faire les bons choix*.

Le comité de coordination stratégique, composé des représentants des différentes directions générales, a été consulté à chacune des étapes de la conception et de l'analyse des projets d'ententes. De même, un effort équivalent de concertation auprès des régions régionales était fourni par le Comité de coordination et de concertation en planification et en évaluation, qui rassemblait tous les cadres responsables du processus dans chacune des régions régionales avec le mandat d'en assurer la bonne marche et la cohérence.

Selon les éléments contenus dans le cahier des charges, chaque région régionale a fait parvenir au Ministère un document comprenant les informations inhérentes aux objectifs poursuivis ainsi que la description des ressources nécessaires à leur atteinte. Le contenu de ce document constituait la base du projet d'entente de gestion et d'imputabilité 2003-2004.

Des indicateurs précis (annexés au projet d'entente de gestion et de responsabilité) ont été définis afin de permettre le suivi de l'entente.

Même si plusieurs ententes étaient prêtes, le déclenchement des élections a eu pour effet d'en reporter la signature. En effet, de nouveaux paramètres financiers ou changement dans les priorités pourraient avoir comme conséquence une révision des projets déposés.

CIBLE 2

Implantation d'ententes contractuelles, en 2002-2003, entre les établissements et les régions régionales comprenant des attentes signifiées

Indicateur	Cible (2002-2003)	Résultat (2002-2003)
Degré d'atteinte des attentes signifiées.	Signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre les 16 régions régionales et les établissements qui en dépendent.	Non atteint.

Commentaires

Les régions régionales ont convenu de la définition d'un tronc commun devant apparaître dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Ces ententes s'inscrivent dans la foulée des ententes MSSS-régions et doivent, à cet égard, permettre le suivi des objectifs nationaux, base du tronc commun.

Ces ententes relèvent directement des régions et il leur appartient d'en mener à terme le processus dans le respect des éléments contenus dans l'entente de gestion et d'imputabilité qu'elles ont signées avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et dans le respect des objectifs régionaux qu'elles ont fixés. Ces ententes sont actuellement en préparation.

L'utilisation des ressources

Le chapitre suivant fait état des ressources allouées au ministère de la Santé et des Services sociaux en 2002-2003 pour atteindre les résultats visés.

Une approche globale sera utilisée pour faire état de l'utilisation des ressources humaines, financières, budgétaires et informationnelles.

8.1 Les ressources humaines

Mouvement de personnel

Pendant l'année 2002-2003, le Ministère et les différents organismes qui lui sont rattachés ont vu l'arrivée de 111 nouveaux membres du personnel, comparativement à 118 en 2001-2002. Dans une proportion de 65,8 %, ils provenaient de l'extérieur de la fonction publique, les autres étant venus par mutation depuis un autre ministère. Parallèlement, 59 personnes ont quitté le Ministère comparativement à 76 pour l'année 2001-2002.

Évolution de l'effectif

Au cours de l'exercice financier 2002-2003, le Ministère a enregistré 81 affectations, 111 entrées en fonction et 59 départs. Le tableau suivant illustre les mouvements de personnel depuis les cinq dernières années.

Nominations et départs pendant les années financières

Mouvements	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Affectations	53	75	48	56	81
Nominations	5	16	68	79	73
Mutations depuis un autre ministère	26	53	38	39	38
Total des entrées en fonction	31	69	106	118	111
Mutations vers un autre ministère	37	42	36	50	39
Transferts (régie, institut, organisme)	0	7	39	0	5
Démissions	2	4	4	6	2
Retraites	10	13	17	18	11
Congédiements	0	1	1	0	0
Décès	2	1	1	2	2
Total des départs	51	68	98	76	59

Soutien à l'organisation et aux personnes

Le Ministère a poursuivi ses actions au regard de l'application de la Loi sur l'administration publique et de ses dispositions, particulièrement en ce qui concerne la gestion du rendement sur la base d'attentes significatives correspondant aux résultats visés. Signalons à ce sujet que de nombreuses rencontres individuelles avec les gestionnaires ont été tenues, de façon à les aider dans la formulation de telles attentes à l'endroit des membres de leur personnel. L'approche de gestion du rendement axée sur les résultats a aussi été présentée au personnel de plusieurs unités administratives.

Le niveau d'implantation de cette approche s'étant par ailleurs avéré suffisant, le Comité de direction a approuvé le *Cadre de référence pour les gestionnaires relatif à l'octroi de bonis pour rendement exceptionnel*, applicable à l'évaluation du rendement au terme de l'année 2002-2003. Ce cadre de référence a été présenté à l'ensemble des comités de gestion des directions générales.

Sur un autre plan, douze gestionnaires, choisis selon des critères de représentativité de l'équipe de gestion du Ministère, ont participé à une rencontre d'information en vue de leur éventuelle inscription au programme de formation *Modernisation et leadership dans la fonction publique québécoise*, offert par l'Université Laval.

À la suite de cette rencontre, trois personnes se sont inscrites à ce programme visant à permettre aux gestionnaires, « une réflexion en profondeur sur le thème de la modernisation et de ses impacts sur le leadership, à partir des défis... » qu'ils ont à relever au quotidien.

Par ailleurs, les gestionnaires intéressés ont profité de sessions de formation touchant la communication et la gestion du personnel difficile. Ces sessions voulaient leur permettre d'acquérir ou de développer certaines compétences pertinentes à l'exercice quotidien de leurs responsabilités, surtout dans un contexte de gestion axée sur les résultats.

Enfin, pour ce qui a trait à l'enrichissement de l'expertise du personnel, il y a eu plus de 2 560 participations aux activités de formation, pour des coûts directs et indirects de 347 935 \$.

Programme d'aide aux employées et employés (PAE)

Quelque 143 personnes ont fait appel au Programme d'aide aux employées et employés (PAE). Ainsi, il y a eu 560 consultations ou interventions, pour un total de 415,5 heures d'aide individuelle. De plus, il y a eu quelques interventions de groupe. Nous observons également un bon taux d'utilisation par le personnel des différents services offerts dans le cadre du programme ministériel de la santé et du bien-être des personnes (conférences, service santé, vaccination contre l'influenza, évaluation de la condition physique, soutien financier à l'exercice physique pratiqué de façon régulière et formation en réanimation cardiorespiratoire, par exemple). Conformément aux nouvelles orientations gouvernementales, la Politique ministérielle sur la santé physique et psychologique des personnes au travail a été approuvée par les membres du Comité ministériel sur l'organisation du travail (CMOT) et fera l'objet d'un plan d'action au cours de la prochaine année.

8.2 Les ressources financières

Les dépenses prévues pour l'année 2002-2003 au ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi qu'à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) s'élèvent à 17 827 696 200 \$.

8.3 Les ressources budgétaires

Les dépenses prévues pour l'ensemble du secteur sociosanitaire, à la fin de l'exercice financier le 31 mars 2003, sont de l'ordre de 17 827 696 200 \$. Ces dépenses se répartissent entre cinq programmes distincts présentés ci-après :

Les fonctions nationales programme 01 228 298 600 \$

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

L'assurance hospitalisation hors Québec

Les services d'assurance hospitalisation hors Québec couvrent le remboursement des sommes se rapportant aux coûts d'assurance hospitalisation encourus par les Québécoises et les Québécois dans les autres provinces canadiennes et en dehors du pays dont, notamment, les coûts relatifs aux services de radio-oncologie que certaines personnes ont reçu aux États-Unis.

Le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C

Le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C vise à retracer les personnes infectées par ce virus, à la suite d'une transfusion reçue avant le 1^{er} juillet 1990. En particulier, il permet d'offrir une indemnisation ou une aide financière accordée pour des motifs humanitaires aux personnes infectées, de même que les informations appropriées aux personnes à risque et un suivi médical à toutes les personnes infectées par l'hépatite C. Des programmes de vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B pour les porteurs chroniques de l'hépatite C sont également couverts.

L'application d'une politique d'équilibre du prix des médicaments

Dans le cadre du Régime général d'assurance médicaments, le gouvernement a décidé de ne pas retenir l'application intégrale de la politique du prix le plus bas pour les médicaments. Depuis cette décision, une contribution est versée au fonds d'assurance médicaments pour tenir compte du coût additionnel des médicaments qui sont exemptés de l'application de la méthode du prix le plus bas prévue par la *Liste de médicaments* établie en vertu de la Loi.

Les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux

Les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux concernent des organismes de recherche à l'intérieur desquels sont habilités des professionnels et des chercheurs universitaires pouvant produire des connaissances touchant la planification et l'évaluation des politiques, programmes et pratiques dans ces domaines. En particulier, il peut s'agir de s'allier à une organisation qui contribue à la fonction de connaissance et de surveillance de l'état de la santé et du bien-être de la population. Également, le système québécois du sang soutient la recherche et le développement en hémovigilance et en médecine transfusionnelle. Enfin, la recherche qui se poursuit sur l'organisation et la gestion des processus à l'urgence est également couverte.

Le soutien aux organismes communautaires nationaux

Les organismes communautaires nationaux assurent, pour l'ensemble du Québec, la défense des droits des utilisateurs et la promotion des services en matière de santé et de services sociaux. De même, ils font la promotion du développement social, de l'amélioration des conditions de vie, de la santé publique et de la prévention. Ces organismes peuvent aussi exercer des activités répondant à de nouveaux besoins qui échappent à un plan régional d'organisation des services : ainsi, ils préconisent des approches novatrices qui s'adressent à des groupes particuliers de personnes.

Les fonctions nationales incluent également le budget de fonctionnement du ministère de la Santé et des Services sociaux, de même que celui de différents organismes-conseils tels que le Conseil de la santé et du bien-être, le Conseil consultatif de pharmacologie, le Conseil médical du Québec, et le Commissaire aux plaintes.

Les fonctions régionales programme 02 13 032 254 800 \$

Le programme ayant trait aux fonctions régionales vise à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis par la Politique de la santé et du bien-être en matière d'adaptation sociale, de santé physique, de santé publique, de santé mentale et d'intégration sociale. Il inclut également le budget de fonctionnement des régions régionales. De façon plus particulière, ce programme assure notamment la prestation des services suivants :

- les services de santé et de services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion fournis par les centres locaux de services communautaires ;
- les services diagnostiques et les soins médicaux généraux ou spécialisés fournis par les centres hospitaliers ;
- les services de nature psychosociale, y compris les services d'urgence sociale fournis par les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse ;
- les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que les services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux offerts aux adultes qui, en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie. Ces services sont fournis par les centres d'hébergement et de soins de longue durée ;

- les services de réadaptation et d'intégration sociale qui s'adressent à des personnes ayant des déficiences physiques ou intellectuelles, ou qui présentent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Ces services sont fournis par les centres de réadaptation ;
- les services de prévention d'aide et de soutien fournis par les organismes communautaires et inscrits dans un plan régional de services. Sont également incluses les activités visant la promotion, la sensibilisation et la défense tant des droits des utilisateurs des services que des intérêts des usagers.

Par ailleurs, le programme des fonctions régionales pourvoit également aux activités complémentaires suivantes :

- **La rémunération des résidents en médecine**

L'accord sanctionné par décret et légitimé par une entente complémentaire entre la Fédération des médecins résidents du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux fixe notamment les modalités de la rémunération applicables aux activités prévues dans le programme de formation des résidents en médecine.

- **Les services préhospitaliers d'urgence**

D'une part, les orientations, objectifs et guides relatifs aux services préhospitaliers d'urgence pour l'ensemble du Québec sont déterminés par le Ministère. D'autre part, les régies régionales établissent les normes et les objectifs régionaux de service et voient à leur organisation, de même qu'elles négocient et concluent les ententes avec les entreprises de services ambulanciers. Ces dernières offrent les services préhospitaliers d'urgence en conformité avec les orientations régionales.

- **Le système du sang**

Héma-Québec est responsable de l'approvisionnement en sang au Québec. La présente activité pourvoit au financement des services de transfusion sanguine à tous les centres hospitaliers du Québec, à celui de la fourniture, des fractions plasmatiques destinées à des fins thérapeutiques.

- **Les régimes de retraite**

La Loi sur le régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics et la Loi sur le régime de retraite du personnel d'encadrement constituent les justifications de ces activités. En vertu de ces lois, les régimes sont constitués des cotisations des employés participants d'une part, et, d'autre part, par les contributions des employeurs concernés. Ceux-ci doivent verser à ces régimes des montants égaux aux cotisations des employés. En somme, ces activités pourvoient au financement nécessaire au paiement des contributions des employeurs.

- **Le service de la dette**

L'activité appelée service de la dette sert à pourvoir principalement au paiement en totalité ou en partie au principal et aux intérêts de tout emprunt contracté par l'un des organismes du réseau de la santé et des services sociaux, ces emprunts ayant été contractés pour financer des dépenses d'immobilisation autorisées par le gouvernement ou par le Conseil du trésor. Sont également pourvues les dépenses d'équipements et d'informatique dont le paiement a été assuré par les régies régionales.

L'Office des personnes handicapées du Québec programme 03
55 814 600 \$

Le programme concernant l'Office des personnes handicapées du Québec vise à assurer l'exercice des droits des personnes handicapées. Il permet à l'Office de veiller à la coordination des services fournis aux personnes handicapées, d'informer et de conseiller ces personnes, de promouvoir leurs intérêts ainsi que de favoriser leur intégration sociale, professionnelle et scolaire.

On peut essentiellement regrouper les activités de l'Office dans quatre créneaux :

- le soutien et la coordination des services à la personne handicapée par des activités de soutien direct, d'information et de conseil à la personne ;
- la promotion et la coordination intersectorielle auprès des ministères, des organismes gouvernementaux et autres organismes publics ou privés de services qui répondent aux besoins des personnes handicapées ;
- le développement et la diffusion des connaissances sur l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées, sur l'exercice de leurs droits et sur la promotion de leurs intérêts. L'Office s'y emploie par le service de statistiques, l'analyse des lois, politiques et programmes, le centre de documentation, le Programme d'évaluation de l'intégration sociale ainsi que les activités de collaboration et d'animation avec le milieu de la recherche ;
- la gestion de programmes de services directs à la personne et à la communauté. L'Office gère trois programmes de ce type :
 - le Programme de subventions aux entreprises adaptées, qui vise à faciliter l'intégration au travail des personnes handicapées,
 - le Programme de subventions à l'expérimentation, qui vise à soutenir l'expérimentation de projets novateurs susceptibles de favoriser le développement de réponses mieux adaptées aux besoins des personnes handicapées tout en générant des bénéfices pour la société,
 - un programme qui permet de soutenir les organismes de promotion des personnes handicapées dans leurs activités de sensibilisation et de promotion auprès de l'ensemble des acteurs de la société québécoise.

Le programme 03 inclut également le budget de fonctionnement de l'Office des personnes handicapées du Québec.

L'information plus détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'organisme.

La Régie de l'assurance maladie du Québec programme 04
4 511 328 200 \$

Le programme concernant la Régie de l'assurance maladie du Québec vise à couvrir le coût des services assurés en vertu du régime d'assurance maladie et du régime d'assurance médicaments ainsi que les frais y afférents, notamment :

- les services médicaux s'adressant à toutes les personnes résidant au Québec et qui sont admissibles au régime d'assurance maladie ;
- les services dentaires dont le champ d'application concerne la chirurgie buccale s'adressant à tous les résidents du Québec lorsqu'ils sont donnés dans les installations exploitées par un centre hospitalier ou par un établissement universitaire, les services dentaires s'adressant aux enfants de moins de 10 ans et aux personnes qui sont prestataires d'assistance-emploi depuis au moins 12 mois consécutifs ainsi qu'aux personnes à leur charge et le programme de

prothèses dentaires acryliques s'adressant aux personnes qui sont prestataires de l'assurance emploi depuis au moins 24 mois consécutifs ainsi qu'aux personnes à leur charge ;

- les services optométriques s'adressant aux personnes de moins de 18 ans et à celles de 65 ans ou plus. Ces services admettent aussi les personnes de 18 à 64 ans hospitalisées pour recevoir des soins de longue durée ou hébergées en établissement et celles qui sont prestataires d'assistance-emploi depuis au moins 12 mois consécutifs ainsi que les personnes à leur charge. Les personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent une allocation de conjoint en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit aux prestations de dernier secours sont aussi admissibles à ce programme. Sont également admises les personnes ayant une déficience visuelle qui sont inscrites dans un établissement spécialisé reconnu;
- les médicaments et les services pharmaceutiques pour les personnes âgées de 65 ans ou plus et les prestataires d'assistance-emploi ;
- les autres services comprenant les programmes d'aide technique gérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il s'agit du programme de prothèses, d'appareils orthopédiques, d'aide à la locomotion et à la posture ou autres équipements, du programme de prothèses mammaires externes, du programme d'aides auditives, du programme d'appareils fournis aux personnes stomisées permanentes, du programme d'aides visuelles et du programme de prothèses oculaires. Les bourses d'étude attribuées aux étudiants en médecine et les bourses de recherche administrées par le Fonds de la recherche en santé du Québec sont aussi couvertes.

Le programme 04 inclut également le budget de fonctionnement de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

L'information plus détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'organisme.

8.3.1 La planification budgétaire

Dans le cycle budgétaire du gouvernement, le Ministère définit l'enveloppe budgétaire, en vue de la préparation du livre des crédits, et en assure le suivi en cours d'année. Il voit à la préparation des dossiers afférents aux différentes commissions parlementaires, notamment celle qui s'intéresse à l'étude des crédits et celle qui s'intéresse aux engagements financiers. Il prépare également les normes d'attribution pour approbation par le Conseil du trésor et s'assure du respect de celles-ci. Le Ministère assure, en outre, le suivi des engagements et celui de leur mise en paiement, de même que le suivi des opérations pour les besoins de la comptabilité gouvernementale.

8.3.2 Les opérations budgétaires du réseau

Les mandats concernant les opérations budgétaires du réseau sont principalement liés à l'exécution d'activités budgétaires et d'interventions auprès des régies régionales, des directions générales du Ministère, des associations d'établissements, etc.

Ces activités opérationnelles soutiennent la mission du Ministère et appuient les régies régionales dans l'exercice de leur rôle en matière d'allocation budgétaire, selon les modalités de financement établies et le cadre normatif de la programmation budgétaire.

Ces actions sont tributaires d'échéanciers prescrits et concordent principalement vers trois fonctions essentielles : la budgétisation, le conseil et le contrôle.

À cet effet, le Ministère a la responsabilité de déterminer les enveloppes régionales de crédits et d'effectuer un suivi budgétaire périodique des opérations qui en découlent.

Enfin, il doit établir le budget de fonctionnement des régies régionales et de certains établissements desservant les communautés autochtones tout en s'assurant, par un contrôle approprié et par une analyse financière, du respect du budget accordé et de son utilisation en relation avec les objectifs poursuivis.

Sommaire des écarts budgétaires

		(000 \$)			
Programme	Titre	2001-2002		2002-2003	
		Dépense	Budget	Dépense	Écart
01	Fonctions nationales	208 521,0	218 335,4	228 298,6	(9 963,2)
02	Fonctions régionales	12 636 102,0	12 913 829,6	13 032 254,8	(118 425,2)
03	Office des personnes handicapées du Québec	58 243,0	51 062,4	55 814,6	(4 752,2)
04	Régime d'assurance maladie	4 295 046,0	4 268 197,2	4 511 328,2	(243 131,0)
TOTAL		17 197 912,0	17 451 424,6	17 827 696,2	(376 271,6)

Note : Le portefeuille sociosanitaire a aussi bénéficié d'une somme additionnelle de 47 millions de dollars remise par la Société des loteries du Québec et versée dans deux comptes à fin déterminée. D'une part, un montant de 30 millions de dollars a été attribué pour répondre plus adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qui demeurent à domicile ou qui vivent dans les centres d'hébergement. D'autre part, une somme de 17 millions de dollars a été transférée au Ministère pour la prévention du jeu pathologique et le traitement des personnes qui ont développé une dépendance aux jeux de hasard et d'argent.

Les crédits initiaux du Ministère pour l'exercice 2002-2003 se chiffraient à 17 451,4 millions de dollars. La dépense prévue pour cet exercice est de 17 827,7 millions de dollars. L'écart se situe principalement au chapitre des crédits supplémentaires obtenus en cours d'année pour le financement de dossiers particuliers entre les quatre différents programmes :

• Fonctions nationales

L'écart est principalement attribuable au coût du programme d'assurance hospitalisation hors Québec ;

- **Fonctions régionales**

L'écart s'explique principalement par les coûts associés au dossier de l'équité salariale pour le personnel du réseau (35,0 millions de dollars), à la révision des bases budgétaires des trois centres hospitaliers universitaires faisant l'objet d'un audit (25,7 millions de dollars), aux mesures mises en place pour s'assurer que les infirmières et infirmiers sont en nombre suffisant dans les hôpitaux et améliorer l'organisation du travail en soins infirmiers (10,3 millions de dollars), au renouvellement des ententes avec les techniciens ambulanciers (6,9 millions de dollars), et au maintien du niveau de services en dialyse et en cardiologie (7,8 millions de dollars). La dépense relative au régime de retraite des employés (RREGOP) affiche également un écart de 32,6 millions de dollars avec le budget de dépense initial;

- **Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)**

L'écart découle principalement du transfert de crédits au chapitre des centres de travail adapté du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale vers l'Office;

- **Régie de l'assurance maladie du Québec**

L'écart s'explique par le coût des médicaments et l'effet des ententes intervenues en cours d'année avec les professionnels de la santé.

8.4 Les ressources informationnelles

8.4.1 Les ressources informationnelles du réseau sociosanitaire

Au cours de 2002-2003, les principales activités relatives au développement des ressources informationnelles du réseau sociosanitaire ont concerné les volets qui suivent :

- Le Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) dessert actuellement plus de 1 690 sites. De nouveaux services sont en préparation : un service via Internet pour répondre aux besoins des fournisseurs externes ainsi qu'une passerelle devant permettre les échanges avec les autres ministères et donner accès à l'intranet gouvernemental. Le parc de stations de visioconférence et de télésanté s'est enrichi de 45 nouvelles acquisitions. Le MSSS a déployé un réseau de visioconférence comportant une salle dans chacune des régions régionales, au Ministère – à Québec et à Montréal – ainsi qu'à la Sogique pour favoriser la tenue de réunions administratives et de séances de formation en évitant des déplacements. Plusieurs travaux, dont certains en laboratoire, visant l'évolution du RTSS ont été menés au cours de l'année. La démarche d'intégration des centres de recherche des établissements affiliés aux universités s'est poursuivie au cours de l'exercice et a permis de concevoir une nouvelle infrastructure pour répondre aux besoins des chercheurs tout en assurant la protection des données médicales du secteur sociosanitaire.
- Le réseau de télésanté a connu, au cours de l'année, une évolution en profitant de la mise en service d'un pont de visioconférence offrant la capacité de tenir des sessions en mode multipoints (plus de 2 sites en même temps), d'un

système de réservation Web et par ligne sans frais 1 800 et d'un service de soutien technique accessible présentement du lundi au vendredi de 7 h à 20 h. De plus, un investissement majeur de 14 millions de dollars a été consacré à la mise en place d'un système d'information radiologique (RIS) pour supporter l'installation d'équipements radiologiques numériques PACS.

- Le branchement d'une dizaine de groupes de médecine de famille (GMF) a été effectué au moyen de liens haute vitesse à Internet ou par des liens alternatifs RTSS en l'absence du premier type de service. Ce branchement s'accompagne d'une installation de nouveaux équipements, logiciels et applicatifs dans les sites constituant le GMF, dont la plupart sont des cliniques privées.
- En matière de sécurité, un cadre global de gestion de la sécurité des actifs informationnels des organismes du réseau a été adopté, et une trousse d'outils et de guides a été préparée pour aider les organismes du réseau à mettre en application les mesures qui y sont prescrites. Parallèlement, les exigences de diverses lois touchant la protection des renseignements personnels (PRP) et les conséquences de ces lois sur les systèmes d'information ont été clarifiées, un rapport sur le cadre juridique de la PRP a été produit et la production d'un guide pour une politique globale de la PRP est en cours.

Il faut également noter les développements suivants :

- les systèmes d'information clientèle, dont le déploiement est arrivé à la fin, et les divers travaux portant sur l'évolution du système (Intégration CLSC, SICHELD, PIJE, SIRTIF), l'enclenchement des travaux de réalisation technique du système concernant la déficience physique (SICDP), la poursuite des travaux de refonte de systèmes dont les besoins ont changé – comme le système d'information sur la vaccination (SIV) ou encore celui sur le dépistage du cancer du sein (SIPQDCS) – et, enfin, la mise en production de la nouvelle application pour la gestion des plaintes (anciennement SIGP);
- le volet informatisation des nouveaux hôpitaux comme l'Hôpital Le Gardeur, qui s'est engagé dans la mise en œuvre de sa planification stratégique relative aux ressources informationnelles, tandis que la Société d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et la Société d'implantation du Centre universitaire de santé McGill déposaient une série de scénarios afin de justifier leurs besoins en ressources informationnelles;
- le système d'information sur le sang (SIIATH), avec la poursuite du déploiement;
- le système de gestion de l'accès aux services (SGAS), avec la fin de l'expérimentation pour la cardiologie tertiaire et l'amorce du développement pour la radio-oncologie;
- le système d'information sur la gestion des services préhospitaliers d'urgence, avec la réalisation de l'analyse préliminaire;
- deux systèmes d'information nationaux, par lesquels la collecte d'information se poursuit – le premier concernant le répertoire des équipements et des systèmes informatiques du réseau sociosanitaire (RÉSIR), et le deuxième traitant de l'information financière des établissements de ce même réseau (SÉFINO);
- le programme à frais partagés de partenariat pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS), lequel vise à favoriser l'émergence de projets liés au développement d'un dossier patient électronique et de la télésanté au Québec, qui

a permis que quatre projets – CLSC du futur, télémédecine de première ligne au Témiscamingue, réseau intégré de gestion de l'information clinique dans un continuum de soins communautaires (RIGIC) et, finalement, système d'information du réseau intégré de Laval (SI-RIL) – se réalisent ;

- le programme accéléré d'investissements du secteur public, qui a permis que les produits attendus des projets retenus soient livrés. Avec une enveloppe de 49 millions de dollars consacrée aux technologies de l'information, ce programme a en effet permis de soutenir 11 projets, dont deux sont majeurs : le projet relatif à la téléradiologie et celui qui concerne le déploiement des principales composantes du système jeunesse à l'ensemble des centres jeunesse du Québec.

8.4.2 Les ressources informationnelles du Ministère

En ce qui a trait à l'infrastructure technologique, au soutien technique au personnel ainsi qu'au développement et à l'entretien du parc technologique et des systèmes ministériels, l'année 2002-2003 a donné lieu principalement aux réalisations suivantes :

- le traitement de 12 533 demandes de dépannage et le rehaussement ou le déménagement de plus de 1 150 postes de travail ainsi que la tenue de deux sondages sur la satisfaction du personnel du Ministère en matière de visioconférence et de soutien technique ;
- le passage de l'ensemble du personnel à la version 5 de Lotus Notes et la mise en place de 4 salles ministérielles de visioconférence dans lesquelles se sont tenues 589 visioconférences ;
- la maintenance et l'entretien du parc technologique (environ 1 250 postes de travail et près de 100 serveurs dont 5 mini-ordinateurs composant le réseau étendu ministériel) ainsi que de divers liens de communication reliant les sites ministériels au RTSS et aux services gouvernementaux ;
- l'amélioration du parc micro, en remplaçant 25 % des postes de travail et en commençant à rehausser les autres postes à 256 Mo de mémoire ;
- l'amélioration de la qualité de service du réseau, en remplaçant 12 serveurs et en éliminant 6 autres, en rehaussant à 10 Mbits les liens de télécommunication des sites ministériels (LAN Extension), en commençant à modifier l'infrastructure de télécommunication interétage de l'édifice situé au 1075 chemin Sainte-Foy, en rehaussant l'infrastructure d'accès commuté et en commençant à mettre en place l'infrastructure d'accès VPN (réseau privé virtuel) qui permettra d'accéder au réseau ministériel de l'extérieur ;
- l'amélioration du niveau de sécurité du réseau ministériel, entre autres en installant un routeur de télécommunication principal redondant et en ajoutant deux coupe-feu, interne et externe ;
- la mise en place de plusieurs mesures destinées à rehausser et à mieux adapter l'infrastructure technologique aux besoins qui évoluent, entre autres l'acquisition d'une unité de stockage central de 8 To de capacité, le SAN, l'installation du serveur destiné au rapatriement du site Web du MSSS, la mise en place de l'infrastructure de développement Web et SQL ainsi que l'implantation du service Web d'accès sécurisé au courriel ;

- l'entretien et les travaux d'amélioration de 10 banques transférées à la RAMQ mais appartenant au MSSS;
- les travaux visant le développement ou l'amélioration de 28 systèmes destinés à supporter des activités au MSSS;
- la correction des dysfonctionnements des systèmes existants et des banques de données accessibles;
- la poursuite des activités de diffusion des données à l'intention du personnel du MSSS, du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes gouvernementaux, des universités, des chercheurs et du grand public.

8.5 **Suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec**

Le Ministère témoigne, dans son rapport annuel de gestion, des progrès accomplis au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans les divers rapports du Vérificateur général.

Pour assurer un suivi de qualité, le Ministère a comme pratique de revoir les mesures prévues au moment de la production des rapports antérieurs afin de s'assurer qu'elles sont toujours en concordance avec les orientations ministérielles et, au besoin, de les actualiser. Tous les changements apportés dans les plans d'action seront portés à la connaissance du gouvernement qui en prendra acte et en informera officiellement les représentants du Vérificateur général.

Également, lorsqu'il est interpellé en commission parlementaire, le Ministère produit, à la demande du secrétariat, les réactions souhaitées aux recommandations des membres de cette commission.

Notons enfin que le Vérificateur interne coordonne, pour le Ministère, les travaux et les suites données aux recommandations du Vérificateur général. À cette fin, il reçoit les plans d'action, en prend connaissance et intervient au besoin auprès des gestionnaires pour compléter l'information.



Politique linguistique

Un rapport concernant la révision de la politique relative à l'emploi et à la qualité de la langue française a été produit en octobre 2002. De façon générale, les pratiques linguistiques attendues au sein du Ministère ont été respectées. Le peu d'écart constaté entre les pratiques observées et les énoncés porte à croire que le personnel du Ministère est soucieux de la qualité du français et s'applique à en favoriser l'usage dans ses communications verbales ou écrites. Après la présentation de ce rapport au cours de l'année 2003, des améliorations devraient être apportées pour ainsi mieux ajuster les pratiques, là où des écarts sont observés, aux règles à respecter.

Programme d'accès à l'égalité et plan d'embauche

Les programmes d'accès à l'égalité et le plan d'embauche des diverses composantes de la société québécoise.

La représentation des groupes cibles au ministère de la Santé et des Services sociaux

1. Représentation du personnel féminin

Catégories	Pourcentage		
	2001-2002	2002-2003 Ministère	2002-2003 Fonction publique
Cadres supérieurs et hors cadres	30,6 %	27,8 %	29,17 %
Cadres intermédiaires	–	–	–
Professionnels	44,9 %	49,5 %	44,00 %
Personnel de bureau et techniciens	84,8 %	83,7 %	70,10 %
Ouvriers	–	–	–

En 2002-2003, le nombre de femmes a diminué légèrement au sein du personnel d'encadrement (– 2,8 %) et dans la catégorie du personnel de bureau et techniciens (– 1,1 %). Toutefois, il a augmenté de façon importante au sein du personnel professionnel (+ 4,6 %). De plus, si l'on compare ces données avec l'ensemble de la fonction publique, on constate des pourcentages de représentation du personnel féminin plus élevés au Ministère dans toutes les catégories sauf pour les cadres supérieurs et hors cadres, où le pourcentage est très légèrement en bas de celui de la fonction publique (– 1,37 %).

2. Représentation des groupes cibles

Catégories	Pourcentage		
	2001-2002	2002-2003 Ministère	2002-2003 Fonction publique
Moins de 30 ans	5,9 %	7,8 %	5,21 %
Personnes handicapées	1,5 %	1,2 %	0,93 %
Communautés culturelles	1,8 %	2,0 %	2,43 %
Anglophones	0,4 %	0,3 %	0,68 %
Autochtones	0,1 %	0,2 %	0,32 %

Les efforts du Ministère en matière de renouvellement de la main-d'œuvre ont porté fruit. En effet, au cours du dernier exercice financier, le pourcentage de représentation du personnel de moins de 30 ans est passé de 5,9 % à 7,8 %, une augmentation de 1,9 % comparativement à l'an dernier. De plus, si l'on compare la performance du Ministère à celle de l'ensemble de la fonction publique, on constate que la première est remarquable, car elle dépasse l'autre de 2,59 %. Dans les autres groupes cibles, on note une légère augmentation pour ce qui est de l'ensemble des communautés culturelles et des autochtones, tandis qu'une légère baisse est observée du côté de l'ensemble des personnes handicapées et anglophones. Le rendement du Ministère à cet égard est sensiblement du même ordre que celui de l'ensemble des ministères ou organismes de la fonction publique, à l'exception de la catégorie des moins de 30 ans.

Par ailleurs, l'atteinte des objectifs de représentation des groupes cibles au Ministère représente un défi majeur, considérant que 95 % du personnel du Ministère travaille à Québec et que seulement 14 % des personnes déclarées aptes appartenant à un groupe cible habitent dans la grande région de Québec. Pour contrer ce problème, le Ministère s'est doté de lignes directrices en matière de transmission des candidatures. Considérant également les efforts du Secrétariat du Conseil du trésor pour qualifier le plus grand nombre de candidats appartenant à ces groupes, nous croyons être en mesure d'augmenter leur présence au MSSS au cours de la prochaine année.

Accès à l'information et protection des renseignements personnels



Au cours de l'année 2002-2003, le ministère a reçu 137 demandes formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, ci-après appelée Loi sur l'accès; 98 demandes visaient l'obtention de documents administratifs (72 %) et les 39 autres portaient sur l'accès à des renseignements personnels (28 %). Par rapport à l'année précédente, il s'agit d'une hausse de 16 % du nombre de demandes reçues. Ce nombre n'a d'ailleurs cessé d'augmenter depuis l'année 1999-2000, passant de 62 à 109 en 2000-2001 et à 118 en 2001-2002.

Le temps de réponse a été de 20 jours ou moins dans 77 % des cas (106 demandes). Environ 60 % de toutes les demandes (83) ont fait l'objet d'un accès total ou partiel, alors que 20 % d'entre elles (27) ont fait l'objet d'un refus de communication. Enfin, 9 décisions du responsable ont fait l'objet d'une demande de révision devant la Commission d'accès à l'information (CAI).

Le responsable de l'accès au sein du Ministère a également répondu à :

- 167 demandes de renseignements généraux et d'avis sur la Loi sur l'accès;
- 231 demandes relatives au registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès);
- 54 demandes d'accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique;
- 1 demande en vue de rédiger ou de réviser une déclaration de fichier de renseignements personnels.

Outre le traitement des demandes, le responsable de l'accès a participé aux deux journées de réflexion organisées par le ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (MRCI) sur la révision de la Loi sur l'accès. Ces deux journées auront servi à recueillir les commentaires des participants au sujet des recommandations formulées par la CAI dans son rapport quinquennal de novembre 2002. Le MSSS a également formulé au MRCI ses commentaires au sujet des recommandations du rapport quinquennal concernant le secteur de la santé et des services sociaux.

Au cours de l'exercice 2002-2003, le Ministère a poursuivi ses efforts en matière de protection des renseignements personnels. Par l'entremise, entre autres, du Comité national de protection des renseignements personnels et de sécurité (CNPRPS), un cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux (volet sécurité) a été produit et sa mise en œuvre est présentement en cours.

Un volet sur la protection des renseignements personnels est par ailleurs en préparation. Le Centre de recherche en droit public (CRDP) de l'Université de Montréal a été mandaté pour élaborer un cadre global de protection des

renseignements personnels. Il contiendra un cadre juridique, une politique de protection des renseignements personnels ainsi qu'un guide pratique pour le bénéfice des utilisateurs.

Un sous-comité du CNPRPS travaille avec les responsables du CRDP à la production de tout ce cadre global. Les membres du sous-comité se sont réunis à six reprises durant la dernière année en plus de participer aux trois rencontres du CNPRPS. Tous les travaux devront être complétés au plus tard pour le mois de juillet 2003.

Au mois de juin 2002, tous les gestionnaires ainsi que tous les membres du personnel du MSSS ont reçu copie de la nouvelle directive concernant la communication de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes. Cette directive a pour objet d'établir, conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article 59.1 de la Loi sur l'accès, les conditions dans lesquelles peuvent être communiqués des renseignements nominatifs afin de prévenir un acte de violence.

La communication de renseignements contenus dans les bulletins de décès transmis par l'Institut de la statistique du Québec au nom du ministère de la Santé et des Services sociaux a été réévaluée à la lumière du cadre législatif régissant ces échanges. Ce faisant, un terme a été mis à la pratique établie depuis quelques années de communiquer, aux divers établissements qui en faisaient la demande, la liste des personnes décédées dans leur région.

L'évaluation du niveau de protection des renseignements personnels dans les systèmes informatiques s'est poursuivie avec l'analyse du fichier Med-Écho. Cette opération avait pour objectif d'évaluer le respect de l'article 62 de la Loi sur l'accès, qui régit l'accès par le personnel d'un ministère ou d'un organisme gouvernemental aux renseignements nominatifs qu'il détient. Le rapport final d'évaluation sera bientôt déposé et la déclaration de fichiers à la CAI sera mise à jour.

Le Ministère a poursuivi ses activités concernant la sensibilisation de son personnel par la diffusion dans l'intranet ministériel de quatre capsules d'information concernant, entre autres, la protection des renseignements personnels dans le développement des systèmes d'information. De plus, la refonte complète du site intranet sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels est en cours.

Le Ministère a également poursuivi l'inventaire et la mise à jour des fichiers de renseignements personnels qu'il détient. C'est ainsi que le Fichier des tumeurs a fait l'objet d'une nouvelle déclaration auprès de la CAI.

Le dossier de la protection des renseignements personnels demeurera une priorité en 2003-2004. Les travaux du CRDP portant sur l'élaboration du cadre global de protection des renseignements personnels au sein du réseau de la santé et des services sociaux devront être complétés pour l'été 2003. Une attention particulière sera à nouveau prêtée à l'évaluation des profils d'accès sur d'autres fichiers de renseignements personnels. Enfin, des efforts seront faits également pour compléter la mise à jour du site intranet sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels ainsi que sur la formation et la sensibilisation du personnel.

Éthique et déontologie



Le Ministère n'a reçu aucun signalement de manquement à l'éthique ou à la déontologie au cours de la période couverte par le présent rapport. Toutefois, des interrogations touchant l'application éthique de dispositions réglementaires ont été transmises et étudiées, en vue de recommandations, par le répondant ministériel en éthique.

Par ailleurs, à la suite de l'entrée en vigueur du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique, le 21 novembre 2002, et du dépôt à l'Assemblée nationale, le même jour, de la Déclaration de valeurs de l'administration publique, le Ministère a préparé une stratégie de sensibilisation des gestionnaires et de l'ensemble du personnel à ces deux documents.

La mise en œuvre de la stratégie établie devrait s'amorcer en 2003 par une rencontre d'une journée des gestionnaires du Ministère. Une large proportion du programme de cette activité sera consacrée à la présentation de la nouvelle réglementation en matière d'éthique et à l'étude de cas pratiques appelant une décision éthique.

Enfin, une réflexion sur la pertinence de concevoir un code d'éthique propre au Ministère s'est avérée nécessaire. Cette dernière sera conduite au printemps 2003 et une décision sera ensuite prise quant à la nécessité de pousser plus loin les efforts du Ministère dans la conception de son propre code d'éthique.



Contribution des autres organismes

La présente section du rapport présente des informations pertinentes au sujet des organismes relevant du Ministère, à l'exception de ceux qui produisent leur propre rapport annuel de gestion.

Nous y retrouverons donc des données concernant les organismes suivants :

- le Conseil québécois de lutte contre le cancer,
- le Conseil du médicament,
- le Comité permanent de lutte à la toxicomanie,
- le Secrétariat du comité de la santé mentale du Québec.

13.1 Conseil québécois de lutte contre le cancer

Le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) est un organisme-conseil auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. Il a pour mandat d'exprimer des avis demandés par le ministre et par le Ministère ou tout autre avis qu'il juge pertinent en matière de lutte contre le cancer, notamment concernant :

- les enjeux liés aux besoins des usagers et des usagers et l'accès aux services ;
- les critères de qualité auxquels les services de santé doivent répondre dans le domaine du cancer et l'organisation de ces services ;
- l'évolution des pratiques dans la lutte contre le cancer en rapport avec les derniers progrès scientifiques et médicaux ;
- les mécanismes destinés à évaluer l'organisation et l'intervention des réseaux ainsi que les systèmes d'information ;
- le suivi et la mise à jour des orientations et des objectifs devant guider le choix des actions en matière de lutte contre le cancer.

Le CQLC fait également la promotion de la lutte contre le cancer en favorisant le transfert des connaissances et la diffusion de l'information.

Le CQLC regroupe maintenant près de 150 intervenants et représentants de la population. En effet, le CQLC a, pendant l'année 2002-2003, entre autres consolidé ou formé les comités suivants : le Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer, le Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie, le Comité de soutien, d'adaptation et de réadaptation, le Comité des représentants de la population ainsi que le Comité des cancers héréditaires.

Au cours de l'année 2002-2003, le CQLC a publié l'Avis sur l'efficacité et l'innocuité de l'imatinib (GleevecMC) dans le traitement des tumeurs stromales

gastro-intestinales ainsi qu'un guide d'utilisation s'y rapportant. Il a également poursuivi la publication mensuelle du Bulletin du CQLC. Il a organisé une journée de réflexion sur la lutte contre le cancer au Québec afin d'échanger avec les membres de ses comités et ses partenaires ainsi que le colloque annuel du Programme québécois de lutte contre le cancer, sur le thème « Le cancer du sein au Québec. Où en sommes-nous? Où allons-nous? », en collaboration avec le Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec et le Programme québécois de dépistage du cancer du sein. De nombreux projets ont été entrepris au cours de l'année et mèneront à plusieurs publications au cours de 2003-2004. Le CQLC a aussi conseillé le ministre, le Ministère et le Conseil consultatif de pharmacologie sur des questions particulières concernant la lutte contre le cancer. Finalement, le CQLC a établi sa stratégie et son plan d'action pour la période 2003-2005, en plus d'avoir défini ses priorités selon les défis qu'il aura à relever.

Défi n° 1

Faire de la lutte contre le cancer une priorité nationale

Priorités

- 1.1 Promouvoir la lutte contre le cancer au Québec
- 1.2 Animer le réseau de lutte contre le cancer
- 1.3 Développer les relations nationales et internationales

Défi n° 2

Améliorer la qualité des interventions, des soins et des services dans le continuum de la lutte contre le cancer

Priorités

- 2.1 Stimuler l'implantation de comité des thérapies du cancer
- 2.2 Contribuer à l'essor des pratiques professionnelles basées sur les données probantes
- 2.3 Favoriser l'acquisition et la mise à jour des connaissances des intervenants engagés dans la lutte contre le cancer
- 2.4 Appuyer la recherche en oncologie (fondamentale, clinique et évaluative)
- 2.5 Étudier divers modèles de répartition de l'expertise en oncologie

Défi n° 3

Contribuer à l'amélioration de l'accessibilité et à l'intégration des interventions, des soins et des services visant la lutte contre le cancer

Priorités

- 3.1 Stimuler le développement d'un continuum d'interventions, de soins et de services dans la lutte contre le cancer
- 3.2 Contribuer à la création des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales
- 3.3 Contribuer au développement de la fonction d'intervenant pivot
- 3.4 Faciliter les communications entre les intervenants engagés dans la lutte contre le cancer

13.2 Conseil du médicament

Le Conseil du médicament a été institué en juin 2002 en vertu de l'article 16 de la Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments. Il a été mis en place, par décret gouvernemental, le 26 février 2003.

Ce nouvel organisme assume les responsabilités qui étaient jusqu'ici dévolues au Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), au Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) et au Réseau de revue d'utilisation des médicaments (RRUM). Les deux premiers organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux jusqu'à tout récemment, leur rapport respectif, intégré au présent document, est présenté plus loin.

Le Conseil a pour fonctions d'assister le ministre dans la mise à jour de la Liste de médicaments dont le coût est garanti par le régime général et de la Liste de médicaments qui peuvent être utilisés dans les établissements du réseau ainsi que de favoriser l'utilisation optimale des médicaments.

Le Conseil a en outre pour fonction de faire au ministre des recommandations sur l'établissement et l'évolution des prix des médicaments ainsi que sur toute autre question que celui-ci lui soumet.

Afin de mettre à jour les listes, le Conseil doit donner au ministre son avis sur les aspects suivants :

- la valeur thérapeutique de chaque médicament ;
- la justesse du prix et le rapport entre le coût et l'efficacité de chaque médicament ;
- l'incidence de l'ajout d'un médicament à la liste sur la santé de la population et sur les autres composantes du système de santé ;
- l'opportunité d'inscrire un médicament sur la liste au regard de l'objet du régime général d'assurance-médicaments, qui est d'assurer un accès raisonnable et équitable aux médicaments dont les personnes ont besoin en raison de leur état de santé.

Les critères 3 et 4 étant nouveaux, leurs modalités d'application devront être établies.

Afin de favoriser l'utilisation optimale des médicaments, le Conseil peut notamment :

- organiser des activités de revue d'utilisation des médicaments ou en soutenir l'organisation ;
- proposer des stratégies de formation, d'information et de sensibilisation susceptibles d'améliorer la prescription et la distribution des médicaments ou contribuer au développement et à la mise en œuvre de telles stratégies, en collaboration avec les divers intervenants concernés par ces questions, – notamment les établissements de santé et de services sociaux – ou avec leur participation ;
- formuler à l'intention des divers intervenants et des professionnels de la santé, dans le respect de leurs responsabilités respectives, des recommandations susceptibles d'améliorer l'usage des médicaments ;
- concevoir et mettre en œuvre de stratégies d'information et de sensibilisation à l'intention de la population ou y contribuer ;

- voir à l'évaluation des problèmes liés à l'usage des médicaments et à la mise en place de mesures pour prévenir et corriger ces problèmes.

Le Conseil est composé d'un président, d'un vice-président et de treize autres membres, cinq étant experts en pharmacologie – soit trois médecins et deux pharmaciens – deux étant experts en économie de la santé ou en épidémiologie, quatre étant des membres sociétaux, un représentant le ministre et un étant le directeur général du Conseil.

La diversité des membres et le regroupement des ressources ont pour but de favoriser une meilleure concertation des interventions et une action globale en matière d'évaluation et d'usage optimal des médicaments dans le contexte québécois. Il va sans dire que, malgré que le CCP et le CRUM soient dissous, le Conseil poursuit leurs activités dans un esprit de continuité.

Depuis sa création en février 2003, le Conseil a mené plusieurs actions afin de mettre en place son plan d'organisation, d'arrimer les structures existantes et de créer différents comités pour soutenir cette organisation.

Par ailleurs, les organismes dont le Conseil est issu ont évolué de façon indépendante la majeure partie de l'année 2002-2003; les sections suivantes traiteront de leurs rapports respectifs.

13.3 Conseil consultatif de pharmacologie

Constitué en vertu de l'article 53 de la Loi sur l'assurance médicaments, le Conseil avait comme mission, jusqu'au 26 février dernier, d'assister le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la mise à jour de la Liste des médicaments du Régime général d'assurance médicaments. En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il devait également assister le ministre dans la confection de la liste des médicaments pouvant être utilisés dans les établissements de santé du Québec et qui apparaissent sur la Liste de médicaments-établissements.

À cette fin, il donnait son avis sur la valeur thérapeutique de chaque médicament et la justesse des prix exigés. Il lui revenait également de formuler des recommandations au ministre quant à l'application du règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments, et de lui donner son avis quant à l'inscription des médicaments sur la Liste des médicaments. Les fonctions du Conseil l'amenaient, en outre, à agir à titre de conseiller auprès du ministre relativement à l'utilisation des médicaments et à l'évolution des prix ainsi que sur toute autre question liée à la pharmacologie.

Par ailleurs, l'expertise du Conseil était aussi mise à contribution dans divers dossiers relatifs aux médicaments; certains de ces dossiers sont notamment exigés par différentes lois régissant les corporations professionnelles.

Durant l'année 2002-2003, le Conseil consultatif a, en outre, effectué et publié trois mises à jour de la Liste des médicaments, en avril et en octobre 2002, puis en février 2003. Par ailleurs, il a publié cinq *Capsules pharmacothérapeutiques*, un bulletin d'information destiné à tous les médecins et les pharmaciens du Québec.

13.4 Comité de revue de l'utilisation des médicaments

Constitué depuis avril 1997 en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, le Comité de revue de l'utilisation des médicaments avait pour fonction, jusqu'au 26 février dernier, de favoriser l'usage adéquat des médicaments. À cette fin, le Comité pouvait notamment :

- organiser des activités visant à examiner de quelle façon sont utilisés les médicaments ;
- proposer des stratégies de formation, d'information et de sensibilisation susceptibles d'améliorer la prescription et le mode de distribution des médicaments avec la collaboration et la participation des divers intervenants concernés par ces questions, notamment les ordres professionnels et le Conseil consultatif de pharmacologie ;
- transmettre aux parties intéressées des recommandations susceptibles d'améliorer l'usage des médicaments.

Le Comité devait s'assurer que l'évaluation des activités ayant pour but d'examiner l'usage courant des médicaments est effectuée par une personne ou par un organisme externe et qu'elle tient compte des résultats, de la mesure de l'efficience et de l'efficacité, ainsi que des conséquences économiques et sanitaires de ces activités.

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, la RAMQ assumait, compte tenu de ses ressources, le soutien administratif et le traitement des données nécessaires à l'exécution des travaux du CRUM.

Au cours de l'année 2002-2003, le Comité a publié un numéro du CRUM express – le bulletin d'information du Comité RUM – le rapport intitulé *Étude sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens Premier volet* et le *Guide d'utilisation des dépliants sur l'asthme développés par le CRUM*. Il a également publié une version révisée de l'*Outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme* et du *Plan d'action pour la personne atteinte d'asthme*.

Au regard du traitement optimal de l'asthme, le comité a sollicité les commentaires des intervenants sur les dépliants qu'il a conçus.

En collaboration avec le CCP, il a publié, en octobre 2002, les Critères d'utilisation optimale concernant les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).

13.5 Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Depuis le 1^{er} avril 1995, le Comité est rattaché au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et se voit confier le mandat suivant :

- procéder chaque année à une analyse de la situation générale qui prévaut au Québec dans le domaine de la toxicomanie et, à cette occasion, décrire notamment l'évolution des déterminants et des méfaits, les nouveaux problèmes engendrés par la toxicomanie et les interventions qu'ils requièrent ;

- à cet égard, conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux au sujet des orientations qui devraient être retenues par le Ministère et les autres acteurs sociaux dans une perspective de santé publique et proposer des priorités d'action ou préciser les domaines d'intervention à privilégier;
- déterminer les sujets de recherche les plus susceptibles de faire progresser les connaissances et la compréhension des questions reliées à la toxicomanie;
- à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, formuler des avis sur les questions importantes relatives à la toxicomanie.

Le CPLT est constitué de neuf membres nommés par le Conseil des ministres pour une période de deux ans. Depuis 2001, le Comité se compose des personnes suivantes: Rodrigue Paré, président, Lise Roy, vice-présidente, Pierre Sangollo, secrétaire, Madeleine Roy, trésorière, Luc Chabot, Robert Gauthier, Don McKay, Yvon Picotte et Pierre Rouillard.

Au cours de l'année 2002-2003, le CPLT a travaillé principalement à l'élaboration du projet de stratégie québécoise interministérielle en toxicomanie, évoquée depuis près de dix ans par les intervenants des milieux concernés par cette problématique. D'abord, plusieurs documents ont dû être analysés par le CPLT afin de donner des assises solides à ce projet d'envergure, essentiel à une lutte efficace contre la toxicomanie.

Les analyses effectuées comportaient trois volets:

- 1) une revue des politiques et programmes en matière de toxicomanie des ministères les plus susceptibles d'être interpellés par l'élaboration et l'implantation d'une stratégie québécoise;
- 2) un inventaire des politiques et programmes de recherche en toxicomanie relevant du gouvernement du Québec;
- 3) une analyse comparative des stratégies nationales de lutte contre la toxicomanie des pays et organisations suivants: Canada, États-Unis, France, Pays-Bas, Allemagne, Suisse, Suède, Australie, Espagne, Belgique, Grande-Bretagne, Organisation des Nations unies, Union européenne et Organisation des États américains.

Les travaux d'analyse du Comité ont ensuite permis de préparer un cadre de référence. Ce document, intitulé *Cadre de référence pour l'élaboration du plan d'action national de lutte contre la toxicomanie* et adopté par le Conseil des ministres, constitue une pièce maîtresse dans les orientations actuelles en toxicomanie. En septembre 2002, le gouvernement du Québec annonça que la toxicomanie constituait une priorité nationale. Depuis, le CPLT a poursuivi ses travaux afin de concrétiser et d'implanter le futur *Plan national d'action de lutte contre la toxicomanie*. Ce travail est réalisé en étroite collaboration avec plusieurs partenaires ministériels, sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux.

De février à octobre 2002, le CPLT a aussi participé activement à la préparation du Forum mondial Montréal 2002 sur le thème « Drogues et dépendances: enjeux pour la société », une première plate-forme intersectorielle mondiale en toxicomanie. Son mandat consistait à coordonner une tournée provinciale d'information, à produire les outils de communication appropriés ainsi qu'à intégrer les différents réseaux du Québec concernés par cette question. La promotion du Forum a permis au CPLT de rencontrer plus de 1 000 personnes

dans toutes les régions du Québec et de leur présenter ses travaux en tant que comité-conseil en toxicomanie. Le Forum a accueilli plus de 2 000 participants, dont un nombre impressionnant d'experts nationaux et internationaux. Quelque 200 conférenciers québécois participèrent aux séances, leurs présentations constituant 36 % de la programmation scientifique.

Le CPLT a aussi coordonné quatre ateliers sur les approches intégrées aux niveaux local, national et international, et a supervisé les débats québécois. Il a également participé à l'exposition scientifique de l'événement sous la bannière du gouvernement du Québec, qui regroupait une dizaine de ministères et secrétariats. Il a de plus siégé au conseil d'administration et au comité organisateur du Forum ainsi qu'à la Table interministérielle du gouvernement du Québec créée pour cet événement.

En vue de contribuer au transfert des connaissances, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie publie régulièrement les résultats des études qu'il commande et des consultations qu'il mène, de même que le fruit de ses analyses. Ces documents constituent pour un ensemble d'acteurs des outils en mesure de les guider dans leurs réflexions, leurs échanges et leurs actions. En 2002-2003, le Comité a publié la troisième édition de *Trucs et conseils pour une meilleure harmonie familiale*, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Maison Jean-Lapointe. Plus de 20 000 brochures furent à ce jour distribuées. Il a également produit une étude intitulée *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*, en collaboration avec des spécialistes du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Durant l'année, un accent particulier a été mis sur la promotion du livre *Drogues : Savoir plus, risquer moins* afin de le faire connaître dans différents milieux, notamment ceux de la santé, des services sociaux, de l'éducation et de la sécurité publique. Rappelons que ce livre est le fruit d'une collaboration fructueuse entre le Québec et la France, et que, grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux, il a pu être offert à seulement 1,95 \$. Il constitue un outil de prévention et d'information facile à consulter et d'une grande rigueur scientifique. Ce livre de référence a connu un grand succès et les 75 000 copies furent vendues dans un court laps de temps. Le CPLT a ainsi mis en chantier en 2002-2003 une deuxième édition augmentée.

Le CPLT a de plus organisé, dans le cadre de la Semaine de prévention de la toxicomanie, un dîner-conférence, dans la ville de Québec, portant sur le phénomène des nouvelles drogues de synthèse. Quelque 130 participants ont ainsi pu s'informer sur les dernières données publiées concernant les drogues de synthèse en vogue et le portrait de la situation actuelle au Québec. Une vidéo de cette conférence a été produite et utilisée par le CPLT comme outil de formation pour les intervenants.

Le directeur général et les membres du CPLT ont aussi fait part de leur expertise à l'occasion de différents événements en toxicomanie (colloques, forums, rencontres régionales) et d'audiences publiques. Le CPLT a également comparu au cours d'une enquête du Bureau du coroner.

En réponse à la demande du Vérificateur général, le CPLT s'est doté en 2002 d'un code d'éthique s'appliquant aux membres et aux employés. Dans la foulée, un comité d'éthique constitué de trois membres a également été créé.

Le CPLT a bénéficié de la collaboration de plusieurs réseaux établis au Québec pour mener à bien ses mandats, notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, la Fédération des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, les régies régionales de la santé et des services sociaux, l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec, l'équipe multidisciplinaire Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives-Québec, le réseau de la sécurité publique ainsi que plusieurs organismes communautaires de l'ensemble du Québec.

13.6 Comité de la santé mentale du Québec

Créé en 1971, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) est un organisme-conseil auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. Il est rattaché, par son secrétariat, à la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information du Ministère. Ses mandats généraux sont :

- de conseiller le ministre sur les questions de santé mentale ;
- de contribuer, par ses études et ses avis, aux fonctions de planification et d'évaluation dont le Ministère a la responsabilité en santé mentale.

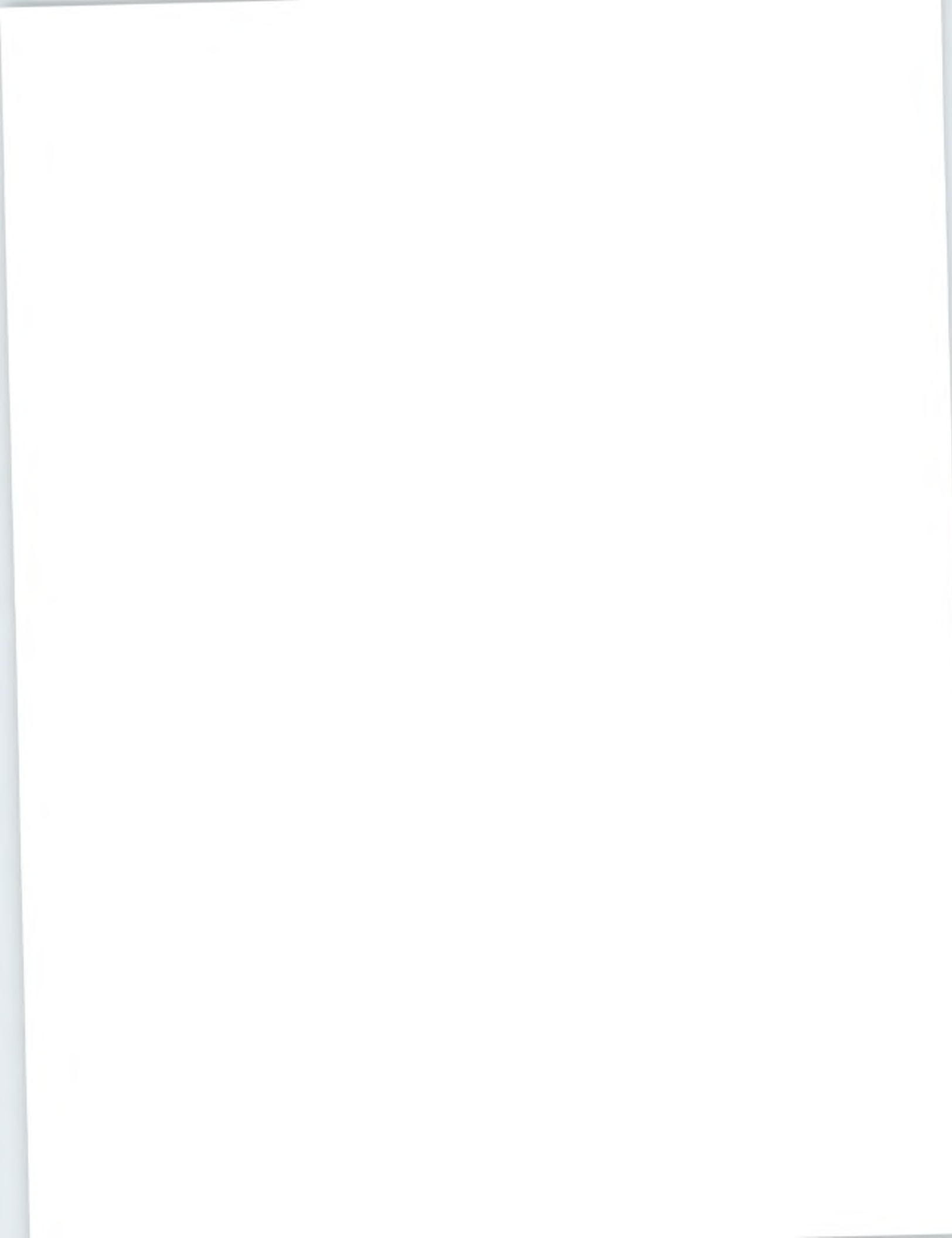
À la suite de leur nomination par décret en mars 2002, les onze membres du CSMQ ont investi principalement, en 2002-2003, avec l'appui de plusieurs experts de divers milieux (y compris des personnes utilisatrices de services et des membres de l'entourage), dans les mandats et projets suivants :

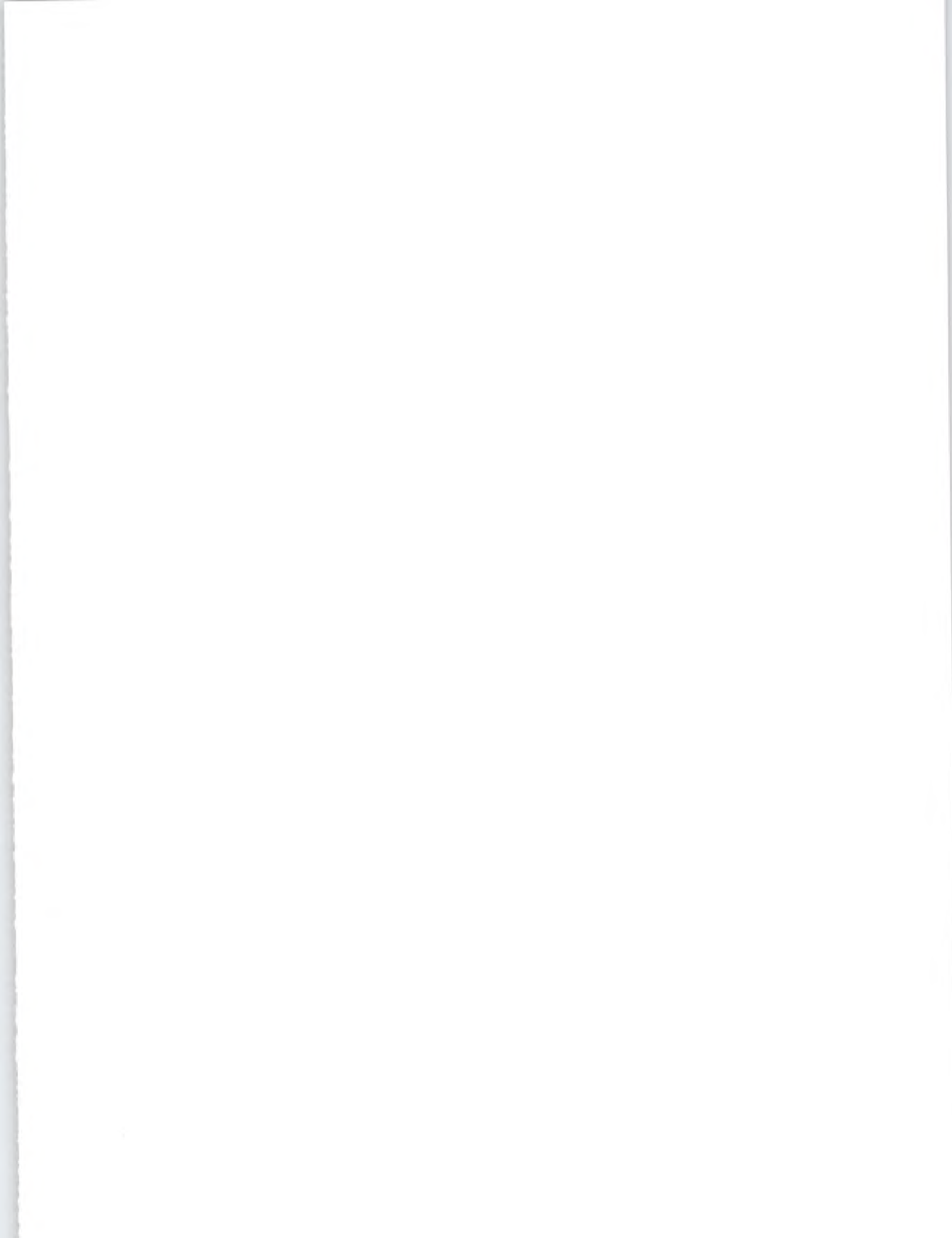
- la participation intensive aux travaux du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale ;
- le développement des connaissances, la mise en réseau de l'expertise existante et la promotion des approches intersectorielles en matière de logement pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, notamment par la préparation d'un projet d'avis en collaboration avec la Société d'habitation du Québec ;
- le développement des connaissances, la mise en réseau de l'expertise existante et la promotion des approches intersectorielles en matière d'intégration au travail pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, notamment par la préparation d'un rapport devant porter principalement sur les points de vue des secteurs autres que celui de la santé et des services sociaux et par la recherche de solutions à certains problèmes concernant l'application des normes du travail ;
- la définition de critères relatifs à la qualité pour ce qui est des services offerts dans la communauté, dans l'optique de l'appropriation du pouvoir par les personnes utilisatrices de ces services ;
- la finalisation d'un projet sur la concertation intersectorielle en santé mentale ayant mené à la publication de l'ouvrage intitulé *Pour sortir des sentiers battus: l'action intersectorielle en santé mentale* ;
- en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Axe Services du RSMQ (Réseau Santé Mentale FRSQ), la tenue d'un colloque sous le titre *Construire sur du solide en santé mentale dans le cadre des Journées*

annuelles de santé publique 2002, et ce, dans les suites d'un ouvrage publié conjointement par le CSMQ et la Direction générale de la santé (France) sur l'évaluation des besoins de la population en santé mentale ;

- la planification et le début des travaux dans le cadre d'un mandat majeur sur la santé mentale des jeunes (enfants et adolescents) ;
- la planification d'un projet sur les familles des personnes souffrant de troubles mentaux graves ;
- la planification d'un projet en promotion de la santé mentale ;
- l'accentuation des activités du CSMQ dans le transfert des connaissances, comprenant notamment la conception et la mise en opération d'un site Web sur le CSMQ.

Le CSMQ était composé, en 2002-2003, des personnes suivantes : Luc Blanchet, président, Céline Mercier, vice-présidente, Lisette Boivin, Henri Dorvil, Thérèse Dufour, Édith Labonté, Pierre Lamarche, Danielle McCann, Jean-Luc Parenteau, Jean-Luc Pinard et Marie-Thérèse Toutant.





Santé
et Services sociaux

Québec

